



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**  
**CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

*Alaciny Brito*

*Nancy Chantre*

**Autonomia dos Enfermeiros na prestação de cuidados hospitalares no  
Hospital Dr. Baptista de Sousa**

*2013*

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

*Discentes:*

*Alaciny Navrathilova da Luz Brito*

*Nancy Miriane Fortes Chantre*

**Autonomia dos Enfermeiros na prestação de cuidados hospitalares no  
Hospital Dr. Baptista de Sousa**

*Orientadora:*

*Enf<sup>a</sup> Acelia Mireya Cáceres*

Mindelo

## AGRADECIMENTO

Com o final deste percurso académico não poderíamos deixar de agradecer a todos aqueles que apoiaram e acreditaram em nós, os quais não poderiam passar despercebidos com o desfecho dessa etapa.

Em primeiro lugar, agradecemos á Deus, fonte de toda a força e coragem para enfrentar os obstáculos que surgiram durante esta caminhada.

Um agradecimento muito especial aos nossos familiares: Jorge Brito, Maria Piedade da Luz, Faustina Chantre, João Teodoro Chantre, a todas as nossas irmãs e irmãos, e também ao Ruberson Pinto, Janice Da Graça e Deodato de Pina. Este trabalho é todo dedicado a essas pessoas que fazem parte das nossas vidas.

À Mestre Rosemaire Ambrozano , pelo modelo de referência de enfermagem que transmitiu em todos os seus ensinamentos.

À nossa orientadora Mireya Caceres, pela magnífica orientação.

Aos Professores e enfermeiros Suse Antunes, João Caçador e Manuel Duarte pelo carinho, apoio e disponibilidade durante o desenvolvimento desta etapa da nossa carreira académica.

Aos nossos amigos e colegas do Curso de Licenciatura em Enfermagem, em especial à Estefânia Costa e ao Flávio Bento.

E por fim à Direção do Hospital Dr. Baptista de Sousa, e aos enfermeiros que nele trabalham, que foram também um dos grandes pilares para a realização deste estudo.

A todas essas pessoas, um muito **OBRIGADO!**

## RESUMO

### **Autonomia dos Enfermeiros na prestação de cuidados hospitalares no Hospital Dr. Baptista de Sousa**

A autonomia tem sido um tema actual na profissão de enfermagem. É indispensável para a conquista e ascensão profissional e é a partir dela que se pode obter um grande desempenho profissional e uma prestação de cuidados com qualidade, estando também relacionada com a satisfação do profissional de enfermagem.

O estudo que se apresenta, bem como a temática em questão é de grande relevância, tendo em conta a sua importância no desenvolvimento da enfermagem como ciência e como profissão autónoma.

Apresenta-se um estudo de carácter investigativo, que concentra essencialmente numa abordagem Quantitativa, embora exista uma segunda corrente subjectiva, que encontra-se ligada ao método Qualitativo, Descritivo e Correlacional. A técnica de recolha de dados adoptada foi o inquérito de perguntas fechadas em conjunto com a escala de Actividade em Enfermagem (Nursing Activity Scale / NAS) criada pela autora Karen Kelly Schutzenhofer, que foi utilizada pelo autor Jorge Ribeiro em 2009. Foi aplicada a uma amostra de 26 (22,6%) enfermeiros do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) em São Vicente – Cabo Verde, com idades compreendidas entre os 23 aos 58 anos.

O impulso que nos moveu para a elaboração deste trabalho, foi a sede de conhecer o *nível de autonomia desses profissionais na prestação de cuidados hospitalares*, bem como as suas concepções sobre esta temática. A partir dos dados obtidos pode-se afirmar que os enfermeiros inquiridos possuem um elevado nível de autonomia, pelo que 38% revelaram um nível médio, porém a maioria (62%) dispõem de um nível elevado e nenhum dos inquiridos com um nível baixo de autonomia. De acordo com o corelacionamento das variáveis verificou-se um nível mais elevado de autonomia nos enfermeiros licenciados em relação aos enfermeiros com o grau de bacharelato, pode-se também observar que os inquiridos do sexo feminino possuem um nível de autonomia mais elevado em relação aos do sexo masculino.

**Palavras-chaves:** *Autonomia, Cuidados hospitalares, Tomada de decisão, Responsabilidade.*

## Summary

### **Autonomy of the nurses in hospital care: At Dr. Baptista de Sousa Hospital**

The autonomy has been a current issue in the nursing profession. It is crucial for the achievement and career progression, because it helps to getting a great profession performance and provides a quality care, not only, but also a professional satisfaction in nursing.

The present study as well as the theme in question have a great relevance, taking into account its importance for the nursing development as science and as an independent profession.

It carries a study of investigative character, which focuses essentially on Measurable method, although it has an additional subjective idea, which is linked to the Qualitative, Descriptive and Correlational method. The data collection method adopted, was the survey direct questions together with the scale of activity in Nursing (Nursing Activity Scale) created by the author Karen Kelly Schutzenhofer, which was used by the author Jorge Ribeiro in 2009. It was applied to a sample of 26 (22.6%) nurses HBS on São Vicente - Cape Verde, with ages between 23 to 58 years.

The elaboration of this work was driven by the willing to knowing *the autonomy level of these professionals in the work of hospital care*, as well as their views on this subject. Based on the gotten data from the investigated nurses, it is possible to confirm, that the nurses have a high level of autonomy; therefore 38% showed an average level and the majority (62%) have a high level and none of them showed a low level of autonomy. According to the co-relationship of the variables, we notice that there is a higher level of autonomy in the graduated nurses in comparison to nurses with only a bachelor's degree. Also it can be observed that the female respondents have a higher degree of autonomy in relation to the male ones.

**Key-words:** Autonomy, Hospital care, Decision-making, Responsibility.

## ABREVIATURAS

- **A:** Anos
- **ACENF:** Associação Cabo-verdiana de Enfermagem
- **BACH/Bach.** Bacharelato
- **CV:** Cabo Verde
- **Enf.:** Enfermeiro (a)
- **F:** Feminino
- **Gráf.:**Gráfico
- **HBS:** Hospital Doutor Baptista de Sousa
- **LIC/Lic.:** Licenciados
- **M:** Masculino
- **Ms:** Meses
- **Nº:** Número
- **NAS:** Nursing Activity Scale / Escala de Actividade em enfermagem
- **REPE:** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- **SV:** São Vicente
- **Sr.:** Senhor
- **Sr.ª:** Senhora
- **Tab.:** Tabela

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I:.....	5
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1.1 História / Evolução da profissão .....	6
1.2 A Enfermagem Actual.....	9
1.3 História/ Evolução da Enfermagem em Cabo Verde.....	11
1.4 Hospitais/ Cuidados Hospitalares.....	16
1.5 Autonomia em Enfermagem .....	18
1.6 Tomada de decisão .....	20
1.7 Trabalho em equipa multidisciplinar .....	24
1.8 Delegação de Funções .....	25
CAPÍTULO II:.....	26
2. METODOLOGIA.....	26
2.1 Explicação metodológica.....	27
2.2 Tipo de Estudo .....	29
2.3 Hipóteses em estudo.....	31
2.4 Variáveis .....	32
2.5 População / Amostra .....	32
2.6 Instrumento de colheita de dados .....	34
2.7 Aplicação do inquérito .....	35
2.8 Acesso ao campo de estudo .....	38
2.9 Considerações éticas e legais .....	38
CAPITULO - III .....	40
3. FASE EMPÍRICA.....	40
3.1 Apresentação e Análise dos resultados.....	41
3.2 Caracterização da População Demográfica .....	41
3.3 Apresentação dos dados relativamente ao questionário de perguntas fechadas.....	46
3.4 Apresentação e análise dos resultados da NAS.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	62

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráf. 1-</b> Disposição dos dados relativamente à faixa etária da amostra em estudo.....	42
<b>Gráf. 2-</b> Distribuição dos dados de acordo com o sexo dos inquiridos.....	43
<b>Gráf. 3 –</b> Distribuição dos dados de acordo com as habilitações académicas.....	43
<b>Gráf. 4-</b> Distribuição dos dados relativamente ao tempo de serviço .....	44
<b>Gráf.5:-</b> Disposição dos dados relativamente ao conceito de Enfermagem.....	46
<b>Gráf. 6:</b> Disposição dos dados relativamente à opinião dos inquiridos em relação a enfermagem como ciência.....	47
<b>Gráf. 7:</b> Disposição dos dados relativamente à opinião dos inquiridos em relação a evolução da enfermagem em São Vicente.....	48
<b>Gráf. 8:</b> Distribuição dos dados relativamente à autonomia do enfermeiro.....	49
<b>Gráf. 9:</b> Disposição dos dados relativamente à opinião dos inquiridos sobre a enfermagem como profissão autónoma em São Vicente.....	50
<b>Gráf. 10:</b> Disposição dos dados relativamente à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça como princípios orientadores da profissão.....	51
<b>Gráf. 11:</b> Distribuição dos dados relativamente a opinião dos inquiridos em relação ao saber científico como elemento para a construção da autonomia.....	52
<b>Gráf. 12-</b> Nível de Autonomia dos enfermeiros.....	53
<b>Gráf. 13-</b> Nível de Autonomia do enfermeiro do HBS de acordo com a classificação da NAS.....	54
<b>Gráf. 14:</b> Sexo feminino em correlação com o Nível de Autonomia.....	55
<b>Gráf. 15:</b> Sexo Masculino em correlação com o Nível de Autonomia.....	55



**Gráf. 16:** Nível Académico - Licenciatura em correlação com o Nível de Autonomia.....56

**Gráf. 17:** Nível Académico - Bacharelato em correlação com o Nível de Autonomia.....57

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**Tab.1:** Evolução de Alguns indicadores de cobertura de saúde em 1990/1993/1995 em Cabo Verde (Mateus, 1998:53).....13

**Tab.2:** Quadro dos enfermeiros distribuídos por cada serviço no HBS no ano 2013.....35

**Tab.3:** Distribuição dos participantes de acordo com a caracterização demográfica.....41

**Tab.4:** Disposição dos dados relativamente ao número de enfermeiros inquiridos por serviços.....45

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo1:</b> Inquérito por Questionário.....	67
<b>Anexo2:</b> Nursing Activity Scale ®.....	68
<b>Anexo3:</b> Tabela de pontuação do NAS. ....	71
<b>Anexo4:</b> Escala de Actividade em Enfermagem – Traduzida em Português. ....	72
<b>Anexo5:</b> E-mail enviada a autora Karen Kely Schutzenhofer. ....	75
<b>Anexo6:</b> Fax enviado a autora Karen Kelly Schutzenhofer. ....	77
<b>Anexo7:</b> Autorização concedida pelo autor Jorge Ribeiro para a aplicação da NAS. .....	78
<b>Anexo8:</b> Pedido de Autorização ao Hospital Dr. Baptista de Sousa para efectuar o estudo. .....	79
<b>Anexo9:</b> Declaração de Matricula entregue ao HBS. ....	80
<b>Anexo10:</b> Autorização do conselho de ética do HBS para a aplicação do estudo.....	81
<b>Anexo11:</b> Pedido de consentimento informado aos enfermeiros do HBS.....	83

## INTRODUÇÃO

O trabalho que se apresenta tem a finalidade de se constituir como um elemento para a aquisição do grau de Licenciatura em Enfermagem, ministrada pela Universidade do Mindelo no decurso do ano lectivo 2012/2013. Pretende-se obter um de investigação científica no intuito de contribuir para a ciência de enfermagem em São Vicente (SV), onde a temática reflete: ***A Autonomia dos Enfermeiros na prestação de cuidados hospitalares no Hospital Dr. Baptista de Sousa.***

“A enfermagem vem lutando pela legitimação de um espaço próprio, de uma nova identidade, por meio do conhecimento, da reflexão, da crítica, da pesquisa, da criatividade, da aproximação do objecto e do sujeito do cuidar” (Ambrozano, 2002:81).

Segundo, Gomes e Oliveira (2005:146):

*A autonomia profissional tem vindo ao longo da evolução da profissão a ser um tema bastante importante á compreensão da profissão. Esta temática tem afectado tanto a definição dos objectivos, como a forma que os enfermeiros se apresentam e se relacionam perante a equipe de saúde e sociedade em geral.*

Concordando com os autores acima citados, podemos transcrever que autonomia é um tema importante, repensada sobre a prática da enfermagem, visto que afecta no desempenho do enfermeiro como também na ascensão da profissão. Além disso essa autonomia dá-nos uma melhor compreensão da profissão ou seja com uma maior autonomia, a profissão será mais bem compreendida pelos próprios enfermeiros, pelos outros profissionais da área de saúde bem como para a população em geral.

Ainda, segundo Collièr (2003:199), quanto mais se avança para a profissionalização dos cuidados de enfermagem, mais os prestadores de cuidados sentem a necessidade de se situar no mundo do trabalho que os envolvem.

Reverby (1987 cit in Watson 2002: 35) comenta que “os enfermeiros ainda estão na procura de um meio para forjar um elo entre o seu desejo de altruísmo e o seu desejo de autonomia”. Para Watson isso quer dizer que “os enfermeiros estão em busca do modo de cuidar numa sociedade que se recusa a valorizar o cuidar, e o modo de servir sem ser subserviente”.

Por outras palavras, o enfermeiro está constantemente a procura de prestar cuidados com maior grau de autonomia, procurando uma entidade de forma que a sociedade valorize o seu desempenho em busca de prestar cuidados sem ser um mero executante.

Pois a “*autonomia profissional do enfermeiro corresponde à realização de acções de enfermagem por meio da utilização de habilidades, conhecimentos e atitudes para tomar decisões e resolver situações no seu espaço de atuação*” (Fentanes e Hermann, et al., 2011:531).

Segundo Ribeiro, Américo e Schwalm (2011:250) a autonomia profissional do enfermeiro no gerenciamento do cuidado no contexto hospitalar torna-se a cada dia mais importante já que proporciona a possibilidade de reavaliação da enfermagem, enquanto profissão, suas habilidades e competências e o exercício diário da interdisciplinaridade.

“Os enfermeiros consideram importante a autonomia no seu contexto de trabalho, como um requisito para o desenvolvimento das suas actividades profissional” (*ibid.*: 249). Ou seja, para uma prática de enfermagem autónoma é necessário que o enfermeiro tenha habilidades e conhecimentos suficientes para tal e que esteja ciente da sua autonomia e do seu papel fundamental.

O enfermeiro está em busca de novas conquistas e de novas formas de trabalho tendo no centro de sua ação o paciente não perdendo desta forma sua essência profissional, conquistando cada vez mais o seu espaço (Ribeiro, Américo e Schwalm, 2011:252).

De acordo com Bueno, FMG e Ribeiro, JMF (2002, 2009 cit in Stancato e Gonçalves, 2012:283) a conquista da autonomia ainda não é vivenciada na sua plenitude. As limitações destes conceitos são mais vivenciadas no ambiente hospitalar onde o processo do trabalho do enfermeiro é influenciado muitas vezes pelas normas da instituição e pela divisão entre a equipa de enfermagem, desviando assim o enfermeiro da essência do seu trabalho: o cuidar e o cuidado.

A escolha deste tema vai de encontro com o nosso interesse pessoal, vivências académicas e curiosidade despertada durante os ensinamentos clínicos realizados no ambiente hospitalar. As expectativas para a prática da nossa autonomia e também o interesse pelo conteúdo teórico apreendido ao longo deste percurso aumentaram o interesse sobre esta temática.

Ao nosso ver, muitas vezes a profissão é confundida como sendo uma área inferior às demais profissões de saúde em Cabo Verde (CV), em que um dos factores que contribui

para tal pode ser o facto de não existir uma ordem que regulamenta o seu exercício profissional, dando a entender que os enfermeiros são meramente profissionais executantes de prescrições médicas, o que não corresponde a realidade, visto que a enfermagem é uma ciência por si só, possuidora dos seus próprios preceitos, diagnósticos, intervenções e de um estatuto ou código deontológico internacional que regulamenta o seu regimento.

Como diz Phaneuf (2001:9) “a enfermagem, tem sido durante muito tempo considerada como uma actividade subalterna de “ auxiliar do médico” ou ainda pior como “paramédica”, o serviço prestado as populações pelas enfermeiras. Pois, ainda reforçando a ideia, Watson (2002:35) diz que “as enfermeiras são vulgarmente retratadas em papeis tradicionais que não refletem a especialização, sofisticação e a autonomia de que a enfermagem moderna se tornou”.

De acordo com Ribeiro (2011:29) a conquista da autonomia é um dos factores que conduz o enfermeiro a entrar em conflitos éticos e consequentemente à necessidade de tomar decisões, que exige princípios e valores éticos gerais e particular da profissão.

Como futuras profissionais da área de enfermagem é muito importante dar a devida relevância ao tema, no intuito de dar a conhecer à comunidade de enfermagem de SV, bem como saber a noção que eles têm da sua autonomia. Pretendemos ainda incentivar esses enfermeiros na procura incessante da identidade da nossa profissão.

Segundo Watson (2002:36) “a enfermagem envolve-se continuamente em debates internos sobre o seu estatuto, seu valor e o seu direito a cuidar e a ser autónoma.

Assim, é muito importante transcrever o percurso que a profissão tem vindo a trilhar desde antigamente, até às sociedades modernas, especialmente em CV, visto que este estudo se adapta à realidade das vivências dos enfermeiros em SV.

Assim, para o desenrolar do trabalho, elaborámos a seguinte pergunta de partida: **“Qual o nível de autonomia dos enfermeiros que prestam cuidados no Hospital Dr. Baptista de Sousa?”**

Para encontrar a resposta para a nossa pergunta de partida, traçamos o seguinte **objectivo geral:**

- ❖ Perceber qual o nível de autonomia dos enfermeiros do HBS na prestação de cuidados.

Como forma de melhor estruturar a pesquisa delineada para este estudo, definimos alguns **objectivos específicos**:

- Identificar o significado da autonomia do enfermeiro e de cuidados hospitalares,
- Assimilar o significado da tomada de decisão e da responsabilidade;
- Aplicar um inquérito de perguntas fechadas e a Escala de Actividade em Enfermagem, aos enfermeiros do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) de modo a identificar o seu nível de autonomia;
- Analisar os resultados do inquérito aplicado em conformidade com as variáveis adaptadas a este estudo que são: a idade, o sexo, o tempo de serviço e as habilitações académicas.

A partir desses objectivos traçados, o presente estudo seguirá uma linha organizacional, que será dividida em três capítulos, sendo que o primeiro capítulo estará dedicado a fase conceptual ou enquadramento teórico, em que será abordada a definição dos conceitos chave delineados para este estudo.

Num segundo capítulo, será feita a descrição da metodologia aplicada, lembrando que se trata de um estudo de metodologia qualitativo e quantitativa, descritivo- correlacional, visto que compreende a pesquisa de campo bem como a revisão de literatura, nesta fase será visível a ênfase dada à autora Marie-Fabienne Fortin, por ser uma referência em trabalhos científicos e metodológicos na ciência de enfermagem, essa fase foi espelhada nas suas convicções, traços e determinações.

Por fim, a fase empírica que engloba a apresentação e análise dos resultados obtidos durante o processo de investigação. Este percurso termina com a apresentação das bibliografias consultadas e os anexos considerados importantes. É de salientar as limitações ao estudo, que se centraram na défice de bibliografia desta temática e na in experiência dos investigadores na realização do trabalho.

## **CAPITULO I:**

### **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1.1 História / Evolução da profissão

Neste capítulo procuramos contextualizar a profissão de enfermagem dando visibilidade às evoluções que tem vindo a sofrer, destacando suas transformações que serviram como resposta às necessidades e influências da sociedade, isto é, mostrando a sua trajectória, desde os primeiros cuidados irreflectidos, até a enfermagem actual, pois a enfermagem tem experimentado mudanças espetaculares com respostas as necessidades e influências das sociedades (Berman et al., 2008:5).

Segundo Collière (2003:56) “o cuidar da vida está na origem de todas as culturas. Desde o início da história da humanidade, os homens e as mulheres esforçaram-se por sobreviver”. A história da enfermagem começa na família, sendo desenvolvida pela figura materna (a mulher). Só depois o cuidar foi alargado às pessoas que tinham características e aptidões especiais para se dedicarem às pessoas doentes (Neves e Pacheco, 2005:2).

Essa profissão tem sofrido influências, tais como o papel e a condição da mulher, os valores religiosos (cristianismo) as guerras, as atitudes das sociedades e a liderança de algumas enfermeiras (Berman et al., 2008:5).

A enfermagem vem de uma história de devoção, abnegação, obediência e servidão. Era executada por mulheres que eram dóceis e submissas aos homens, no caso, os médicos (Ambrozano, 2002:79).

Nas primeiras décadas do Sec. XX a enfermagem passa a ser institucionalizada e perdeu-se a necessidade do pensar. Bastava então cumprir ordens, executar tarefas, atender as normas e regras presentes em qualquer serviço institucionalizado. Pouca reflexão, nada de críticas. Robôs, tarefeiros, insensíveis (*ibid.*: 80).

Neves e Pacheco (2005:3) afirmam que “foi nos anos mais recentes que se estabeleceu a necessidade de se terem enfermeiras treinadas para cuidar de pessoas doentes. As enfermeiras eram consideradas empregadas do hospital sendo que lhes cabia limpar e servir os doentes. Esta situação criou uma relação de patrão e serviçal entre médicos e enfermeiros”.



A autora ainda sublinha que “apenas muito recentemente as enfermeiras mais corajosas se atrevem a questionar um médico sobre os cuidados ao doente e que num passado recente nenhuma enfermeira se atrevia a sugerir alguma alternativa” (Neves e Pacheco, 2005:3). “Durante muitos anos as enfermeiras não foram ensinadas a pensar por si mesmas mas sim a ordeira e disciplinadamente cumprirem as ordens do médico”. Daí que o conceito enfermagem e enfermeira sofreram alterações com o passar dos tempos (*ibidem*).

Tendo em conta as transformações que a enfermagem foi sofrendo, emergiu uma grande mulher e enfermeira, Florence Nigthingale que foi uma das pioneiras de enfermagem. Foi excecional na aplicação de toda a experiência para uma nova compreensão da arte do cuidado de enfermagem, tendo sido apelidada como a fundadora da enfermagem (Neeb, 1997).

Mais tarde instituiu o moderno de ensino de enfermagem na escola Nigthingale do Hospital St. Toma's em Londres no ano 1860 e lançou as bases da enfermagem como profissão, para todo o mundo (Nigthingale, 2005:8).

Ela acreditava que as enfermeiras necessitavam de uma educação formal, tanto na dimensão teórica como no campo da prática; devendo ser preparadas para tratar os doentes e não as doenças; distinguindo-se a prática de enfermagem da prática médica; intervindo no ambiente que rodeia o doente de forma a promover a sua recuperação e cura (De Laune e Ladner, 1998cit in Queiroz 1999:21) ou seja Florence define enfermagem como o acto de utilizar o entorno do utente para ajuda-lo na sua recuperação, num entorno limpo, bem ventilado e tranquilo (Berman et al., 2008:11).

A partir de Nightingale começaram a emergir novos teóricos e pioneiros da enfermagem moderna. Estes foram marcos que contribuíram em prol do avanço da profissão como ciência, criando modelos, conceitos e teorias.

Virgínia Henderson foi uma das primeiras enfermeiras modernas que definiu enfermagem como a função singular de ajudar os indivíduos sãos ou doentes a realizarem actividades que contribuem para a sua saúde e recuperação (ou a uma morte em paz) que poderia realizar sem ajuda se tivesse força, a vontade e conhecimento necessário para fazê-lo, de tal forma a conseguir independência o mais rápido possível (Phaneuf, 2001:38).

Ela defendeu a utilização do processo de enfermagem baseando num modelo conceptual que descreve as necessidades humanas fundamentais que a pessoa deve satisfazer

de maneira ótima a fim de conservar ou reconquistar a sua homeostasia que ela própria elaborou, (Phaneuf, 2001:35).

Henderson (1966,cit in Berman et al., 2008: 43) criou a definição universal e moderna de enfermagem, deu importante atenção a enfermagem como uma disciplina independente da medicina. Ao mesmo tempo que Nigthingale, V. Henderson descreveu a enfermagem como a relação do paciente e o seu meio. Conceptualizando a profissão de enfermagem como pessoa que ajuda o indivíduo doente e são a alcançar a independência para cobrir as catorze necessidades humanas fundamentais (respirar, comer e beber, dormir e repousar, movimentar, vestir e despir, eliminar, comunicar, aprender, ocupar e sentir-se útil, manter a temperatura correcta etc).

Segundo Tomey e Alligood (2004:116), Henderson insistia que a enfermeira tinha uma função diferente do médico, e que o plano de cuidados feitos pela enfermeira e pelo doente deveria ser executado de forma a promover o plano terapêutico prescrito pelo médico. Salientou que as enfermeiras não seguem as ordens do médico, porque a enfermeira questiona uma filosofia que permite ao médico dar ordens aos doentes ou a outros profissionais de saúde.

Enfatizando, Colliere (1989:385) refere que foi nas escolas que se iniciou o distanciamento da profissão de enfermagem em relação ao ascendente médico quando afirma que o papel de distanciamento coube essencialmente às enfermeiras professoras cujo afastamento da prática diária de cuidados permitiu a demarcação da prática médica e dos correspondentes conceitos de formação, abrindo assim caminho a uma nova concepção da profissão de enfermagem e do papel da enfermeira.

Antigamente a enfermagem era baseada num modelo biomédico mas com o aparecimento de Henderson a profissão ganha uma outra versão, uma outra forma de cuidar baseada no modelo holístico (Moniz, 2003:23).

De acordo com Poter & Perry (2006: 4) a saúde holística é a visão abrangente da pessoa, como um ser biopsicossocial e espiritual. Quando o termo é aplicado na enfermagem o conceito sobre cai que o enfermeiro deve ter sempre presente a totalidade da pessoa e esforçar-se por compreender como suas partes alterada se relacionam com essa totalidade (Berman et al., 2008:271).

Concluído, a enfermagem é, portanto, uma prática historicamente estruturada, ou seja, existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico (Oliveira e Alessis, 2003:2). Ou seja com o passar dos tempos a enfermagem foi ganhando forma e foi evoluindo, o enfermeiro deixou de ser auxiliar do médico e então passou a buscar conhecimentos mais complexos, que atendessem as novas necessidades da enfermagem. “Reflectiu, questionou, ingressou na pesquisa, teorizou e descobriu novos horizontes e construiu uma ciência” (Ambrozano, 2002:81).

## **1.2 A Enfermagem Actual**

Embora não seja exclusivo do enfermeiro, o cuidar constitui a essência da própria enfermagem. Os cuidados de enfermagem têm por foco de atenção a relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, ou do enfermeiro com um grupo de pessoas, famílias, ou comunidade (Moniz, 2003:23).

Já para Gomes (2010: 69) “a enfermagem é uma profissão que por um lado exige formação técnico-científica bem sólida mas por outro lado uma formação com pessoas que permite ao profissional exercer as suas funções com consciência, sabedoria, responsabilidade”. Ainda (*ibid.*:60) frisa que :

*A enfermagem dos nossos dias não é apenas uma técnica de executar prescrições médicas, ela tem um campo bastante vasto, planeia a assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, participa no planeamento da saúde em todas as suas fases. Está em contínuo progresso com a evolução das ciências médicas e está presente em todos os programas de saúde, nomeadamente na promoção, prevenção, reabilitação e no ensino.*

Segundo Phaneuf (2001:37) “o papel do enfermeiro é de suprimento, consiste em assistir a pessoa que não pode satisfazer ela própria, as suas necessidades e ajuda-la a reencontrar a independência e a autonomia face as suas necessidades”. Esta perspectiva “admite uma abordagem global do indivíduo, tentando entendê-lo no contexto em que se insere, com os seus costumes, hábitos de vida, crenças e valores, bem como a determinação do impacto da doença nas suas actividades da vida” (Abreu, 2001: 47).

Martins (2002: 32) partilha da opinião dos autores acima citados, quando afirmam que “é hoje amplamente consensual que o papel dos enfermeiros reside no cuidar das e com as pessoas, numa perspectiva global, que requer uma abordagem complexa, com vista à satisfação das suas necessidades, à recuperação das suas funções e à potenciação das suas capacidades para o autocuidado”. Esta relação pressupõe uma visão humanista, assente em relações interpessoais entre o enfermeiro e as pessoas de quem cuida.

Aos enfermeiros compete acompanhar e, sempre que necessário, substituir as pessoas que por qualquer motivo possam estar temporariamente ou definitivamente incapacitadas de levar a cabo as suas actividades de vida, esta fase que exige a prestação de cuidados de enfermagem pode corresponder a um período de hospitalização ou situação de doença (Moniz, 2003:30).

### **1.3 História/ Evolução da Enfermagem em Cabo Verde**

Segue-se a descrição dos serviços hospitalares em Cabo Verde/São Vicente, no seu contexto histórico, que visa enquadrar a realidade da enfermagem vivida antigamente.

A necessidade de serviços hospitalares e de enfermagem surge em Cabo Verde logo com a descoberta do país, pelos portugueses.

“Sendo tão enferma a ilha de Santiago e tendo em atenção a sua importância como entreposto de escravos e escala de navegação impunha-se desde os primeiros tempos a assistência hospitalar e pessoal para cuidar dos doentes” (Vieira, 1989:28).

A primeira manifestação emergente de cuidados de enfermagem surge, no ano de 1585, numa altura em que houve grande necessidade de prestar cuidados à tripulação de uma Nau, que trazia alguns tripulantes doentes. Este teve de atracar na ilha de Santiago, e tendo sido socorrido pelo Capitão da ilha, Dias Magno e pelo padre Vicente Zapata, que se ofereceram como enfermeiros (Gomes, 2010:27).

Nesta época acima citada observamos que a profissão em si não existia. Na altura “essa assistência era feita por Eclesiastes, iletrados e a cirurgia feita por barbeiros ou alberguistas mais ou menos analfabetos e ainda havia um campo próprio para curandeiros” (Vieira, 1989:28).

Deparamos com uma grande controvérsia quanto a existência de um hospital. O autor Vieira (1989:31) refere que D. Manuel I, determinou a edificação de um hospital na ilha de Santiago na Vila da Ribeira Grande, pela carta lei 30 de junho 1497, mas a autora Gomes (2010:27) diz que os cuidados de enfermagem nessa época eram apenas exercida no seio da família.

Segundo, Gomes (2010:27), “em 1862 houve uma reorganização dos serviços de saúde em Cabo Verde, data essa que foi criada uma companhia de serviços militares de saúde, os quais permaneceram até 1898”. Que contribui para que fosse “criado no hospital da Praia (Santiago), um curso que competia aos enfermeiros no tratamento dos doentes, foram ensinados noções de pequenas cirurgias e conhecimento sobre medicamentos” (*ibidem*).

“A 10 de junho de 1880 foi lançada a primeira pedra para a construção do Hospital em São Vicente pela Camara Municipal mas só a 16 de Abril de 1900 foi feita a entrega da obra do hospital pelo empreiteiro” (Vieira, 1989:624).

“A partir do ano 1951, foi decretada a criação de cursos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que funcionariam no Hospital Central da Praia ou no Hospital de São Vicente pelo governador da colónia de Cabo Verde” (Gomes,2010:28).

“Esses enfermeiros, primitivamente não eram só um auxiliar dos físicos e cirurgiões coadjuvando-os e ministrando aos doentes os medicamentos e tratamento prescrita, mas também tinha intervenções entregues aos serventes” (Vieira,1989:22).

Em 1960 foi iniciada no hospital de SV o primeiro curso geral de enfermagem com 25 (vinte e cinco) alunos. Até 1967 funcionaram cursos de enfermagem geral, auxiliares de enfermagem e cursos de auxiliares de parteiras (Gomes, 2010: 28).

“Em 1982 foi inaugurado o novo Hospital Dr. Baptista de Sousa, trazendo grandes melhorias para o serviço de saúde. Com a mudança para este hospital, todo o equipamento e materiais foram substituídos por novos em todas as estruturas do hospital. Os enfermeiros passaram a ter melhores condições de trabalho” (Gomes, 2010: 39).

Este hospital central encontra-se subordinado directamente pelo ministério de saúde, como referência técnica para região de barlavento. Com 211 leitos em 1995 (Mateus, 1998:52).

*A maioria dos profissionais de saúde são cabo-verdianos, havendo também vários profissionais estrangeiros (Cubana e Russo) principalmente, em contrato de cooperação internacional. Os casos de maior complexidade diagnóstica ou terapêutica necessitam de ser enviados para o estrangeiro, na maioria das vezes para hospitais portugueses (Ibidem).*

Nesta época podemos observar que a profissão começa a afirmar-se, já podemos falar da enfermagem como profissão, visto que CV dispunha de hospitais, cursos de enfermagem e de um relativo número de enfermeiros e auxiliares de enfermeiros. De seguida apresentamos uma tabela que nos faculta o número de enfermeiros existentes em CV no período de 1990 á 1995.

**Tabela 1-** Evolução de Alguns indicadores de cobertura de saúde em 1990/1993/1995 em Cabo Verde (Mateus, 1998:53).

<b>Data</b>	<b>1990</b>	<b>1993</b>	<b>1995</b>
<b>Nº de enfermeiros</b>	192	207	224
<b>Nº enfermeiros por habitante</b>	1/1779	1/1758	1/1728

(De acordo com o gabinete de estudos e planeamento do ministério da Saúde e promoção social 1996)

Esse número de enfermeiro foi crescendo lentamente, com a iniciação de cursos de enfermagem em Santiago e São Vicente, de acordo com Gomes (2010:42) no ano de 2006 Cabo Verde dispunha de 471 enfermeiros para uma população de 487121 habitantes.

Segundo Ferreira e Duarte et al (2010:3) “actualmente os cuidados de enfermagem do HBS estão organizados hierarquicamente pelo enfermeiro superintendente, enfermeiro chefe de serviço e os enfermeiros de turno”.

Conforme os autores descrevem, o cargo de superintendente é atribuído de acordo com os anos de serviços prestados à instituição, e este tem por tarefa fazer a distribuição dos enfermeiros pelos serviços (*Ibidem*).

“O enfermeiro chefe de serviço faz a distribuição das tarefas pelos enfermeiros de turno e os enfermeiros de turno são os que prestam cuidados de enfermagem aos doentes e estão distribuídos pelos três turnos durante o dia conforme a necessidade dos utentes e da instituição (*Ibidem*).

Segundo Gomes (2010:42) em termos de instituições de saúde o Sistema Nacional de Saúde dispõe de dois hospitais centrais, três hospitais regionais, vinte e dois centros de saúde, trinta e quatro postos sanitários, cento e dezassete unidades sanitárias base, cinco centro de saúde reprodutiva e um centro de saúde mental.

No contexto de autonomia da profissão de enfermagem em Cabo Verde, observou-se como profissão autónoma no período que antecede a independência, pois havia menos de uma dúzia de médicos no país (Mateus, 1998:52), o que acarretasse que os enfermeiros tivessem muito mais autonomia já que muitas vezes, numa ilha não havia médicos ou apenas um enfermeiro tinha de tomar as decisões de forma autónoma.

Gomes (2010:30) sublinha que muitas vezes os enfermeiros ultrapassavam as barreiras da profissão entrando no campo da medicina com o objectivo de salvar vidas.

Ainda a autora menciona o enfermeiro José Brito que, nas suas próprias palavras acentua que “não raras vezes os papéis se confundiam tendo o enfermeiro de assumir tarefas dos médicos, especialistas, administrativos, técnicos de farmácia, gestores, entre outros, o que dificultava o próprio exercício profissional”, ou seja, desta forma a autora diz que o exercício da enfermagem e esta situação conferia ao enfermeiro uma ampla autonomia (*Ibidem*).

Visto a inexistência de médicos no país, os enfermeiros eram a maioria dos profissionais de saúde existentes e estes foram os principais responsáveis para a garantia dos cuidados de saúde dos Cabo-verdianos e não só, o que quer dizer que os enfermeiros dessa época tinham uma grande capacidade de tomada de decisão e uma ampla autonomia no exercício da profissão.

Para Gomes (2010:25), pertencer a uma profissão é possuir um estatuto social com lugar determinado na hierarquia dos poderes regulamentadores da sociedade.

Segundo a presidente da ACENF (Associação Cabo-verdiana de Enfermagem) Maria Luísa Teixeira, o exercício profissional de enfermagem ainda não possui um instrumento jurídico com uma adequada regulamentação de forma a garantir os direitos e deveres da profissão de enfermagem, embora a profissão de enfermagem tenha evoluído no que diz respeito a formação de base complexa e de dignificação do exercício profissional.

Ainda a mesma refere que os enfermeiros têm trabalhado de forma a clarificar o conceito de competência e consequentemente a regulamentação da profissão em CV contribuindo assim para a implementação de políticas nacionais de recursos humanos para a saúde.



A nosso ver é de extrema importância e urge a criação de uma ordem ou estatuto que regule a profissão de enfermagem. Cabo Verde não dispõe de uma ordem de enfermeiros ou um código deontológico onde são pré-estabelecidas normas do exercício da profissão e condições para a consolidação da autonomia e responsabilidade da profissão. Esta entidade é de extrema importância pois é através dela que os direitos profissionais são salvaguardados e bem como a regulamentação do exercício da sua profissão, promovendo assim uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem.

Actualmente essas regras são regidas através do (REPE) Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, publicada a 11 de Março de 2011, que veio a reforçar a oportunidade dos enfermeiros se debruçarem sobre o lugar dos valores da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados de enfermagem.

Segundo a REPE (2011:1), a enfermagem registou em Cabo Verde, no decurso dos últimos anos uma evolução, quer a nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, o que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e assim, no que concerne à qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde.

Outra entidade que regula a profissão é o conselho internacional de enfermagem (CIE) que proporciona uma organização através do qual as associações nacionais membros podem trabalhar conjuntamente na missão de representar a enfermagem em redor do mundo, fazer avançar a profissão e influir em práticas sanitárias (Berman et al, 2008:21).

## 1.4 Hospitais/ Cuidados Hospitalares

A prestação de cuidados insere-se no seio de uma constelação de fenómenos e acontecimentos. As características da maioria das instituições de saúde, as estruturas de organização, as múltiplas fontes de poder, tornaram-se, com o tempo, inadaptadas ao crescimento e ao desenvolvimento da organização dos cuidados de saúde (Costa, 2004:234).

“O hospital é um local de expressão de sofrimento e de dor. A hospitalização é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva ao sentimento de isolamento, solidão e ansiedade” (Cabete, 2005:18).

*Desde sempre, os hospitais têm sido a principal entidade do sistema de cuidados de saúde. Os doentes hospitalizados estão em situações que requer cuidados agudos de nível terciário, alargados e especializados. Prestar cuidados a doentes hospitalizados exige do enfermeiro conhecimentos, capacidades de usar raciocínio crítico e de aplica-lo ao processo de enfermagem para administrar terapêuticas conveniente, dar ensino ao doente, facilitar o apoio à família e coordenar os serviços de cuidados e planeamento da alta (Potter e Perry, 2003: 24).*

Conforme Moniz (2003:31) Os hospitais são organizações que oferecem uma prática tecnológica avançada, mais vocacionada para a cura e por vezes desprovida de relacionamento humanos. Ainda Costa (2004:234) refere que “os recursos financeiros insuficientes, o pessoal desmotivado e insatisfeito, as taxas de absentismo e de mobilidade crescentes e o esgotamento do pessoal que cuida caracterizaram os serviços de saúde, centrados na técnica e na doença. Esqueceu-se a pessoa, o cliente, a família e o enfermeiro que cuida”.

Mas para Azevedo e Ramos (2006: 59) “O hospital é um mundo no qual o corpo necessita de ser fixado num espaço para que possa ser cuidado e vigiado”. Ou seja o autor emite que o hospital é um local onde o doente precisa de estar para que possa ser cuidado e tratado até que recupere as suas funções fisiológicas ou não.

A internação, tratamento e alta é traçada pela lógica da instituição e esta visa atender à doença e sua manifestação física, disponibilizando recursos materiais, humanos e aparatos tecnológicos” (*ibid.*: 58).

Ainda de acordo com as mesmas autoras “o mundo do hospital é um mundo da doença e da produção de novos saberes científicos que sobrepõe as experiências ao longo da

vida, da técnica que orienta os profissionais a tocar/ manipular o corpo, da hierarquia, ordem, da rotina e da patologia” (*ibid.*: 59).

Pensar no hospital enquanto unidade de um sistema de cuidados é apontar para a auto-organização desse sistema, considerando aspectos como a autonomia, a individualidade, as relações e as atitudes consideradas fundamentais para a actuação do enfermeiro nos diferentes espaços de saúde (Backes et al.,2008:319).

Tendo em conta as citações acima transcritas podemos reflectir que, para que um hospital funcione de uma melhor forma há que existir um conjunto de elementos interligados como um meio que oferece uma prática tecnológica e científica, um cuidar que vê o utente em todas as suas vertentes aplicando o cuidado traçado pelas normas do hospital.

Para complementar Hesbeen (2000:31) diz que o cuidar significa dar atenção ao outro que é um ser complexo. Em que para ele o termo complexo designa o que é feito em conjunto. Isso quer dizer que cada um dos elementos de um conjunto, de uma situação, está interligado entre si e interagem uns com os outros.

Ainda segundo o mesmo autor, a atenção prestada ao outro, os cuidados, traduzem a todos os profissionais de saúde, qualquer que seja a sua profissão específica. Esta confere-lhes os meios para as suas acções, os suportes de ajuda que podem prestar à pessoa (*ibid.*: 45). Todos os profissionais de saúde têm por missão enquadrarem-se na mesma perspectiva profissional, a de prestarem cuidados as pessoas, de as ajudarem, de contribuírem para o seu bem-estar utilizando as competências e as características próprias do exercício da sua profissão (Hesbeen, 2000:45).

Tendo em conta esses elementos que encontram-se interligados nesse sistema de cuidado, não podemos deixar de mencionar o enfermeiro, pois é o profissional que mais próximo está do doente e com ele permanece um bom período de tempo, principalmente no hospital. Nenhum outro profissional de saúde está tão próximo do doente como o enfermeiro (Ambrozano, 2002:20). Assim dizendo, o enfermeiro é o principal agente cuidador no sistema de saúde ou de uma organização.

“No hospital a autonomia significa um modo de organização do trabalho com o objectivo de regulação social que exerce ela própria uma acção de forma paradoxal entre a liberdade da iniciativa e o controlo inibidor” (Ribeiro, 2011:29).

## 1.5 Autonomia em Enfermagem

O termo autonomia origina-se da composição do pronome reflexivo grego **autos** (próprio, a si mesmo) com o substantivo **nomos** (lei, norma, regra) (Nunes, 2006). No seu sentido lato é a capacidade de se governar ou de gerir pelos seus próprios meios, liberdade de determinar os seus comportamentos as suas opções, os seus valores, vontade própria (Verbo, 2001:430). Para Hesbeen (2000:110) a “ autonomia é a capacidade de governar a partir das suas próprias normas e das suas próprias leis”.

Complementando, Queiroz (2001:57) afirma que a autonomia é capacidade de ser o próprio legislador, de se conduzir a si mesmo, é a capacidade de se comprometer na conversação social ou seja é a capacidade de assumir os seus próprios condicionalismos e de se apoiar neles para se tornar a pessoa que se é. Deste modo a autonomia, é a base que fundamenta a responsabilidade ética. Traduz-se por uma liberdade exigente, não que protege mas que expõe a pessoa.

*Ainda a mesma autora defende que o princípio da autonomia refere-se à condição de quem é autor da sua própria lei; ausência de limitações e incapacidades pessoais que impedem ou diminuem a liberdade de decisão. Este princípio prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas decisões que sejam verdadeiramente autónomas e livres. Entende-se por agir autónomo aquele que implica intencionalidade, compreensão e ausência de influências que o determina (ibidem).*

É um conceito que faz parte da modernidade tendo emergido no âmbito da filosofia moral do século XIII e vindo progressivamente a afirmar-se como elemento distintivo das sociedades liberais (Veiga, 2011:39).

A nível do indivíduo a autonomia pode ter o significado de capacidade de gerir os seus limites. Nesse sentido a autonomia enobrece o ser humano ao proporcionar a emancipação do indivíduo (Monteiro e Santos et al, 2011:427).

A autonomia “é um aspecto essencial de enfermagem profissional. Significa que a pessoa é razoavelmente independente e autónoma na tomada de decisões e na prática. A

autonomia é conseguida através da experiência, formação superior e o apoio de uma organização que valoriza o papel independente do enfermeiro” (Potter e Perry, 2006:587).

Ribeiro (2011;29) define “a autonomia profissional em enfermagem como a disposição compreendida pelos enfermeiros para agir como uma profissão responsável e séria” (...) “é a capacidade de o enfermeiro cumprir as suas funções profissionais numa forma autodeterminada enquanto cumpre os aspectos legais, éticos e práticas da profissão”. Ainda afirma que os enfermeiros autónomos são responsáveis pelas suas decisões e podem influenciar a profissionalização da enfermagem (*ibidem*).

“Os enfermeiros que integrem com sucesso os comportamentos associados à autonomia profissional da enfermagem nas suas crenças percebem que têm controlo sobre o seu ambiente de trabalho e sobre a sua profissão” (*ibidem*).

Para Gomes e Oliveira (2005:8) um ponto favorável por parte dos enfermeiros frente a autonomia é a constituição de um saber próprio à profissão e uma visão holística como característica da abordagem da enfermagem ao ser humano.

Todavia, “é preciso compreender que a autonomia é a liberdade de agir dentro dos limites da competência e conhecimento que o profissional possui sobre determinado assunto” (Monteiro e Santos et al, 2011:427).

De acordo com Phaneuf (2001:59) a procura de um papel particular para ao enfermeiro não advém apenas da vontade de tomar as suas distâncias face ao controle exercido pela profissão médica, mas sobre tudo da necessidade de restituir o seu lugar a pessoa cuidada, de ver cuidados onde frequentemente não se vêm se não tratamentos.

Segundo a mesma autora ainda muitos enfermeiros limitam-se demasiadas vezes ao seu papel de simples executante. E mediante isso é necessário questionarmo-nos sobre o estatuto profissional que nós reivindicamos, uma vez que só as pessoas que possuem um certo grau de autonomia no seu trabalho podem ser verdadeiramente reconhecidas como profissionais (*ibid.*; 59).

O papel da enfermagem é de responder mais concretamente aos verdadeiros problemas de saúde que não se resumem somente às patologias e menos ainda ao consumo de actos médicos, as enfermeiras utilizam, no seu campo de actividade específico, um

método científico de resolução de problemas: o processo de enfermagem (Grondin, et al 1900:9).

Desejando ardentemente oferecer intervenções cuja qualidade e eficácia sejam asseguradas pela investigação científica, os enfermeiros estruturam o seu exercício a partir de modelos conceptuais validados, organizados num corpo científico, autónomo e claramente diferenciado da medicina: as ciências de enfermagem (*Ibidem*).

Ainda Phaneuf (2001:58) cita Henderson quando diz que as acções próprias dos cuidados de enfermagem não dependem da prescrição médica. Ou seja isso comprova que a enfermagem é uma ciência própria e depende de si mesmo o seu exercício. Ainda complementa que Henderson declara que o enfermeiro exerce funções que lhes são próprias e, assim sendo, quando tenta usurpar o papel do médico, negligência as suas funções e delega-as a pessoal menos qualificado (*ibidem*).

O exercício do nosso papel autónomo tem, neste momento, muito a ver com a tomada de consciência e da responsabilidade individual (Phaneuf; 2001: 60) pois ao nosso ver, uma prática autónoma da profissão está fortemente relacionada com a capacidade de tomada de decisão e com a responsabilidade.

## **1.6 Tomada de decisão**

A tomada de decisão em enfermagem é um fenómeno muito recente que envolve uma afirmação da enfermagem enquanto profissão autónoma no domínio da prestação de cuidados e no domínio académico (Fonseca,2006:16).

O esclarecimento deste conceito é fundamental no desenvolvimento da profissão, alivia as exigências da sociedade, leva a implicações de investigação de ensino e a fugir das práticas rotineiras que são desligadas de reflexão contribuindo para a desadequação dos cuidados prestados (*ibid.*:44).

“Tomar decisões em enfermagem contribui também para a profissionalização para a autonomia da profissão” (Ribeiro, 2011:29).

Pois “uma profissão só é autónoma quando consegue decidir e responsabilizar-se sobre as decisões que toma e sobre os resultados que consegue com essas decisões” (Neves, 2002 cit in Ribeiro, 2011:29).

Ao cuidar de doentes, o enfermeiro é responsável pela tomada de decisões clínicas, correctas e rigorosas (Potter & Perry, 2006:70). Segundo Fonseca (2006:16):

*A decisão clínica em enfermagem é antagónica a prática rotineira, estando profundamente ligada a prática reflexiva como o alicerce do desenvolvimento socio/profissional dirigido para as necessidades de cuidados da população. E desenvolver deste modo, uma prática de enfermagem avançada que traduza cuidados de maior qualidade.*

Uma boa decisão é aquela que se rege pelo melhor interesse do paciente. E ao mesmo tempo preserva a integridade de todos os envolvidos.

Os enfermeiros têm obrigações éticas para com os seus pacientes, a instituição onde se encontram empregados e os provedores de atenção primária. Portanto os enfermeiros devem ponderar os factores quando tomam decisões éticas (Berman et al.2008:88).

Existem algumas barreiras que influenciam na tomada de decisão, como o nível de experiência e de conhecimento, habilidades cognitivas e pensamento criativo, o comportamento do enfermeiro frente a situações de *stress*, o autoconceito e a educação. Estes podem ser facilitadores na tomada de decisão mas porém podem ser também barreiras, dependendo do contexto (Fonseca,2006:44;45).

Os enfermeiros estão constantemente a tomar decisões na tentativa de melhorar a saúde do doente ou de manter o bem-estar contínuo. O enfermeiro deve tomar decisões que identifiquem o problema e depois escolher as melhores intervenções de enfermagem que possam satisfazer os objectivos estabelecidos, o critério de decisão clínica ajudam a estabelecer prioridades conforme a situação do doente (Potter & Perry, 2006:74).

O processo de tomada de decisão a nível de equipa implica responsabilidade. Para dar soluções, a equipa deve seguir cada passo do processo de tomada de decisão. (...) “Um aspecto importante da tomada de decisão se satisfaz quando a equipa interdisciplinar se centra nas necessidades prioritárias do paciente e na organização de intervenções” (Berma et al., 2008:126).

O enfermeiro toma decisões sobre doentes individualmente ou em grupo, numa unidade hospitalar onde tenha de cuidar de vários doentes, este terá que usar critérios como a situação clínica do doente, a hierarquia das necessidades, os riscos implícitos nos atrasos dos tratamentos, e as expectativas do doente (Potter & Perry, 2006:74).

Sempre que envolva a conferência da família ou resulte em alteração do plano da intervenção, o processo de tomada de decisão deve ser registado no processo clínico do utente (*ibid.*:61).

Mediante a tomada de decisão o enfermeiro deve assumir os riscos providos dessa acção pelo qual a decisão foi tomada. Quando uma pessoa corre um risco, ao executar uma acção ou tomar uma decisão é frequente haver a sensação de que pode estar em causa uma perda potencial (Potter & Perry, 2006:78).

Esse risco pode ser também desejável, especialmente quando o resultado é positivo para o doente, em enfermagem o assumir riscos resulta muitas vezes, em inovação nos cuidados aos doentes. Ao assumir riscos o enfermeiro tem de considerar todas as opções, analisa perigos potenciais para o doente e depois actua de forma racional, lógica e ponderada (*ibid.*:78).

Essa tomada de decisão deve ser concebida com responsabilidade no intuito de não causar eventuais riscos ou danos à integridade do utente. Com uma maior autonomia advém uma maior responsabilidade e responsabilização pelo desempenho das actividades de cuidados de enfermagem (Potter & Perry, 2006:587).

Partilhamos da opinião da autora quando ela diz que responsabilidade é um conceito chave em qualquer nível da prática da enfermagem. A responsabilidade significa ter um desempenho ao mais elevado nível das suas capacidades mas dentro dos limites definidos para a prática (Neeb, 1997:49).

*Para o enfermeiro, comportamento responsável também significa manter a vida pessoal sob controlo é necessário que estejamos preparados fisicamente e emocionalmente para podermos ajudar os nossos doentes e isso não é possível se não cuidarmos da nossa própria saúde. Ser responsável em enfermagem significa ser capaz de agir com independência e autenticidade dentro do âmbito da prática. Isso quer dizer saber quando pedir ajuda (ibidem).*



As autoras explicam que o enfermeiro ao cuidar do utente tem a responsabilidade de executar correctamente as acções de enfermagem com base em normas de prática que representam o nível mínimo exigível para cuidados de elevada qualidade (Potter & Perry, 2006:77). Para tal os enfermeiros mobilizam diferentes saberes devidamente organizados e sistematizados, directamente responsáveis pelas competências que caracterizam a enfermagem (Moniz, 2003: 27).

Como enfermeiro responsável é fiável e está pronto a reconhecer eficácia ou não dos cuidados que presta, assumindo toda a responsabilidade por todas as decisões e acções delas resultantes no interesse do doente (Potter & Perry, 2006:77).

O enfermeiro assume responsabilidades e responsabilização por todos os cuidados de enfermagem prestados. A responsabilidade refere-se a execução das suas obrigações em função do enfermeiro (Potter & Perry, 2006:58). A responsabilização tem a ver com a capacidade de responder pelos seus actos, acima de tudo tem que responder perante si próprio, perante o utente, a profissão, a instituição que o emprega e a sociedade (*ibidem*).

Um enfermeiro responsável é competente em termos de conhecimentos e capacidades (Potter & Perry, 2006:58).”A enfermeira competente emprega o conhecimento e o juízo, as capacidades e a motivação para responder em forma adequada as necessidades do paciente” (Berma net al., 2008:452).

A prática competente é uma importante salvaguarda legal para os enfermeiros. Todo o profissional de enfermagem é responsável de garantir sua formação e experiências para satisfazer as responsabilidades expressadas na descrição da profissão. A competência também implica uma atenção que proteja os pacientes de danos (Berman et al.,2008:73).

Essa responsabilidade deve ser levada em conta também a quando a realização de ordens médicas, se espera que as enfermeiras analisam os procedimentos e medicações ordenados pelo médico. É de responsabilidade da enfermeira procurar esclarecimento sobre ordens ambíguas ou aparentemente erradas no médico que as prescreveu. Se a ordem não é ambígua nem aparentemente errada a enfermeira tem a responsabilidade de aplica-la (Berma net al., 2008: 73).

Existem várias categorias de ordens sobre as quais as enfermeiras devem perguntar para protegerem-se de possíveis responsabilidades legais: Tem de perguntar se qualquer

ordem esteja mudada, o estado do paciente, perguntas e anotações de ordens verbais para evitar erros de comunicação, perguntar sobre qualquer ordem que esteja ilegível, pouco clara ou incompleta (*Ibidem*).

Assim o profissional de enfermagem tem de ter sempre em mente o princípio de não maleficência que é a obrigação de não causar dano a pessoa, ainda que aparentemente é um princípio singelo de aplicar, na realidade resulta complexo. O termo dano pode referir a uma causa lesiva involuntária (Berman et al., 2008:85). Esta encontra-se intimamente ligada ao princípio da beneficência, em que esse princípio incentiva o profissional a actuar de forma positiva, para ajudar e fazer o bem ao utente e ainda ajuda na orientação de tomada de decisões, pois agir com beneficência requer o que é melhor para o utente sobrepondo os interesses pessoais do profissional (Potter & Perry 2003;57).

Assim, o enfermeiro “não se limitará a cumprir ordens médicas, mas agirá de forma ponderada para compreender as necessidades do utente, e então trabalhar activamente para ajudar a que elas sejam satisfeitas” (*ibidem*).

## **1.7 Trabalho em equipa multidisciplinar**

“A enfermeira trabalha em interdependência com outros profissionais de saúde. A enfermeira e outros membros da equipa ajudam-se mutuamente a levar a cabo a totalidade do programa de cuidados mas não devem executar as tarefas uns dos outros” (Tomey e Alligood, 2004:116).

O cuidar envolve todos os profissionais de saúde uma vez que esse cuidado é de intenção comum. Os que cuidam, fazem toda parte do universo da saúde e podem ajudar a promover a saúde da população por via da escolha de uma profissão a que acendem mediante formação própria. Esta oferece-lhes em complemento aos seus recursos pessoais, meios de várias naturezas muito específicos que servirão em parte de suporte a sua actividade (Hesbeen, 2001:33).

Face a verdadeira essência do cuidar a característica deste ou daquele grupo profissional têm, de facto, um lugar muito relativo. O mais importante é cuidar e não ser médico, enfermeiro, fisioterapeuta, dietista, psicólogo, assistente social, etc (Hesbeen,

2001:33). Ainda o autor reforça que cada uma destas qualificações designa outras tantas aptidões particulares mas nenhuma delas integram isoladamente pois é preciso engloba-las todas. O cuidar é um laço fundamental que permite agrupar todos os elementos da equipa multidisciplinar numa mesma perspectiva (*ibidem*).

O grupo multidisciplinar animado por uma intenção comum oferece às pessoas que recebem cuidados um leque de competências que não devem ser hierarquizadas porque a utilidade isolada de cada uma delas é relativa, dependendo da situação que se apresenta (Hesbeen, 2001:33).

## **1.8 Delegação de Funções**

A delegação é a transferência da responsabilidade, pela execução de uma actividade ou tarefa, mantendo a responsabilidade pelo resultado final (Ana, 1995 cit in Elkin, Perry & Potter, 2005:5).

O acto da prática de enfermagem, na delegação de funções há um processo de tomada de decisão que tem de ter em conta quais as tarefas e em que situações podem ser delegadas. O enfermeiro tem de saber as qualificações do prestador de cuidados, incluindo a sua formação, aptidões, experiências, assim como as provas dadas da sua competência (Elkin, Potter, Perry 2005:5).

A delegação requer a avaliação de cada situação, assim como o estabelecimento efectivo das prioridades nas necessidades e tratamento dos doentes. Além disso, o enfermeiro deve orientar e explicar o que é esperado do desempenho de tarefa e avaliar a eficácia dessa actuação em relação aos padrões estabelecidos (*ibidem*).

## **CAPÍTULO II:**

### **2. METODOLOGIA**

## 2.1 Explicação metodológica

Este capítulo consiste em apresentar a metodologia da investigação em estudo, nos desenhos adequados para responder à questão de investigação formulada. Deste modo, esta fase tem por objetivo apresentar as questões metodológicas como as hipóteses e as variáveis em estudo, o instrumento de recolha de dados, a amostra seleccionada e os procedimentos efectuados para a realização do mesmo.

Segundo Fortin (1999:17):

*A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento, é em primeiro lugar um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. É um método particular, rigoroso e leva a aquisição de novos conhecimentos de uma forma ordenada.*

Ao nosso ver, a investigação é um método que permite produzir e colher conhecimentos de uma forma rigorosa e sistematizada de modo a obter resposta a um determinado fenómeno em estudo ou melhor dizendo é um dos métodos mais importantes na produção do saber científico.

“A investigação implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação, inclui a recolha de dados para testar hipóteses e responder a questões que lhe diz respeito” (Carmo e Ferreira, 1998: 213).

Neste caso o objecto de investigação encontra-se intimamente ligada a ciência de enfermagem onde se insere o nosso estudo, o que nos remete a citar Fortin (1999:26) quando reflete a temática investigação em enfermagem, onde salienta que esta ” provém da investigação sistemática, que pode iniciar sobre as clientelas, quer seja sobre a prática dos cuidados e sobre os seus efeitos junto dos clientes, das suas famílias, da comunidade, quer seja ainda sobre o estudo dos contextos de cuidados”.

De acordo com a mesma autora “o objecto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz a descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina”(ibid: 26).

Tomamos a liberdade de sublinhar junto ao comentário da autora que a investigação na ciência de enfermagem permite abordar e produzir conhecimentos próprios da disciplina. Conhecimentos estes que podem estar de acordo com a realidade da vida dos utentes, da comunidade ou de uma instituição de saúde, em fim, para determinar uma investigação o investigador de enfermagem dispõe de um vasto leque de temáticas, situações ou condições humanas para o seu estudo, obtendo assim dados reais de situações que provém dessa investigação, contribuindo assim para o desenvolvimento do conhecimento.

Reforça ainda Fortin (1999; 29) que “os enfermeiros de todos os níveis de formação têm a responsabilidade de participar no desenvolvimento do conhecimento em ciências de enfermagem e na sua utilização na prática”.

Este desenvolvimento de conhecimento, como qualquer outro, em qualquer área tem de seguir uma metodologia onde esta é regulada pelas normas metodológicas, como já tínhamos mais a acima referido, que ela é de uma natureza rigorosa, é neste mesmo contexto que cada investigação tem de seguir determinadas etapas metodológicas para a sua elaboração.

Lourenço (2004; cit in Ribeiro 2009;79) revela que :

*a metodologia é uma das componentes fundamentais em investigação, surgindo como base, para alcançar os objectivos de um estudo. Refere-se à descrição e análise dos métodos científicos, às suas potencialidades e limites, assim como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação.*

Complementando Fortim (1999: 40) sublinha que “a fase metodológica permite o investigador determinar os métodos que ele utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou as hipóteses formuladas”. “A questão de investigação expressa-se sob a forma de interrogação explícita e relativa ao problema a examinar e a analisar com o objectivo de obter novas informações” (*ibid.*:48). Portanto a pergunta de investigação delineada para esta investigação é: **“qual o nível de autonomia dos enfermeiros do Hospital Dr. Baptista de Sousa?”**.

“Como a questão de investigação, as hipóteses incluem variáveis em estudo, a população alvo e o tipo de investigação pois predizem os resultados do estudo, os quais indicam se a hipótese é confirmada ou infirmada “ (Fortin,1999:102).

Para uma melhor compreensão, passaremos de seguida á definir as etapas metodológicas a serem seguidas para a realização deste estudo, etapas essas que concentram na definição de títulos como:

- Tipo de estudo;
- Elaboração das hipóteses;
- Definição das variáveis;
- População e amostra;
- Instrumento de colheita de dados;
- Aplicação do inquérito;
- Acesso ao campo de estudo;
- Características dos participantes;
- Considerações éticas e legais.

## **2.2 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo, de metodologia Qualitativa, Quantitativa, Descritiva e Correlacional, a fim de conhecer uma realidade que se pretende contextualizar no Hospital Dr. Baptista de Sousa.

De acordo com Fortin, Côte e Fillion (2009:31) as investigações qualitativas estão associadas a uma concepção holística do estudo dos seres humanos, as experiências de vida e o contexto que se situam as relações com o meio. Esse paradigma encerra a crença de que existem várias realidades.

Segundo Turato (2005:510) no estudo qualitativo o objectivo do investigador é a procura de significado para o ser humano, isto é procurando trabalhar com um universo de vivências, fenómenos, eventos, sentimentos, assuntos, manifestações, ocorrências que dão forma a vida às pessoas.

Enquanto, que “a investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas. Assim as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas” (Fortin, Côte e Fillion 2009:29).

Ainda de acordo com Carmo e Ferreira (1998: 178):

*A análise de dados quantitativos pressupõe a observação de fenómenos, a formulação de hipóteses explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo de variáveis, a seleção aleatória dos sujeitos de investigação (amostragem), a verificação ou rejeição das hipóteses mediante uma recolha rigorosa de dados, posteriormente sujeitos a uma análise estatística e uma utilização de modelos matemáticos para testar as mesmas hipóteses. O objectivo é a generalização dos resultados a uma determinada população em estudo a partir da amostra, o estabelecimento de relações causa-efeito e a previsão de fenómenos.*

De acordo com os autores Reichardt e Cook (1986, cit in Carmo e Ferreira;1998:176) “um autor não tem de aderir rigidamente a um dos dois paradigmas para resolver um problema de pesquisa, podendo este escolher uma combinação de atributos pertencentes a cada um deles”.

Tendo em conta o que foi acima transcrito obteve-se por contextualizar o fenómeno em estudo como forma de compreender a problemática fazendo uma avaliação crítica.

Os dados foram recolhidos através do inquérito de perguntas fechadas e pela utilização da Escala de Actividade em Enfermagem, inserido numa metodologia quantitativa, a fim de identificar o nível da autonomia desses profissionais.

A técnica aplicada para analisar os resultados obtidos foi Descritivo-Correlacional, isso porque para estudar o nível de autonomia dos enfermeiros do HBS, foram utilizadas variáveis tais como a idade, sexo, tempo de serviço e habilitações académicas, que por conseguinte podem estar relacionadas com o nível de autonomia que cada enfermeiro detém no seu exercício profissional. Logo esta técnica permite relacionar as variáveis traçadas com o fenómeno em estudo.

Relativamente a isto Fortin (1999:174) afirma que no estudo descritivo-correlacional, o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com a finalidade de descrever essas relações, em que o principal objectivo é a descoberta de factores ligados a um fenómeno. É fundamental compreender que a investigação descritiva compreende algumas etapas no processo de investigação tais como a definição do problema, revisão da literatura, formulação das hipóteses, definição da população-alvo e escolha de técnica de recolha de dados (Carmo e Ferreira, 1998:213).



## 2.3 Hipóteses em estudo

Fortin (1999:102) explica que uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É um prognóstico baseado na teoria do estudo a que o investigador pretende alcançar. A hipótese combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo.

“A formulação de uma hipótese implica a verificação de uma teoria ou mais precisamente, das suas proposições. As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos quando se trata de refutar uma teoria ou de apoiar” (*Ibidem*).

Assim, mediante o objectivo do presente estudo foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Verifica-se uma unanimidade no que tange a opinião dos enfermeiros quanto a profissão de enfermagem como ciência;
- Os enfermeiros acham que a profissão de enfermagem não tem evoluído ao longo dos últimos anos em São Vicente;
- Esses enfermeiros não consideram-se profissionais autónomos, independentes e responsáveis;
- Os enfermeiros detêm que a enfermagem de hoje em São Vicente não é uma profissão autónoma;
- Para os enfermeiros a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça são princípios orientadores para a execução da profissão;
- Para eles a construção do saber científico não é um elemento que contribui para a autonomia profissional.
- Os enfermeiros mais novos gozam de um nível de autonomia mais elevado do que os mais velhos;
- Os enfermeiros com mais tempo de serviço possuem um nível de autonomia mais elevado do que os com pouco tempo de serviço;
- Os enfermeiros são mais autónomos do que as enfermeiras;

- Os enfermeiros com o grau de licenciatura possuem um nível de autonomia mais elevado do que os com o grau de bacharelato;

## 2.4 Variáveis

“Uma variável é todo o atributo, dimensão ou conceito suscetível de assumir várias modalidades” (Quivy & Campenhoudt, 1998:217). Ainda os mesmos concluem que “as variáveis a relacionar entre si são as que se correspondem aos termos da hipótese isto é os conceitos implicados na hipótese” (ibid.:218).

Assim como delineamos hipóteses também determinamos algumas variáveis para a prossecução do estudo, variáveis essas que também contribuíram para a identificação da amostra. Essas variáveis delineadas são a idade, o sexo, o tempo de serviço e as habilitações académicas, em que se pretende correlaciona-las com o nível de autonomia dos enfermeiros obtido através da NAS.

## 2.5 População / Amostra

A população é “uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade base da população junto da qual essa informação é colhida” (Fortin,1999:202).

Ainda a autora cita que o elemento pode ser o sujeito, família, uma comunidade, um comportamento ou uma organização (*ibid.*; 202). Porém neste tipo de investigação as informações uteis, muitas vezes, só podem ser obtidas junto dos elementos que constituem o conjunto (Quivy & Campenhoudt, 1998:156). “Ou seja a população deve, portanto, ser aqui entendida no seu sentido mais lato o conjunto de elementos constituintes de um todo” (Quivy & Campenhoudt, 1998: 160).

“ A população-alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (*ibid.*; 202).

“A população acessível que deve ser representativa da população alvo é constituída pela porção da população-alvo que é acessível ao investigador” (*ibidem*).

“A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população ou seja, é uma réplica em miniatura da população alvo” (*ibidem*).

A população-alvo definido para este estudo são os enfermeiros do HBS, os que são prestadores de cuidados gerais ou seja enfermeiros de turno. Onde detivemos uma amostra de um total de 26 (vinte e seis) enfermeiros (as), correspondente a 22,6% dos enfermeiros (as) do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Um dos critérios de seleção da amostra utilizada foi a exclusão dos enfermeiros que não se encontram presentes na prática da prestação de cuidados, como os enfermeiros chefes de serviços, o enfermeiro superintendente e os enfermeiros do serviço de esterilização. Foram aceites apenas os enfermeiros que encontra-se em contacto directo com os utentes, ou seja os enfermeiros que no seu exercício diário da profissão, prestam cuidados a utentes. De maneira que, só assim poderá ser avaliada a autonomia dos enfermeiros na prestação de cuidados hospitalares que é o objectivo crucial deste estudo.

Recorremos a uma amostra não probabilística pois tem o risco de ser menos representativo do que a amostra probabilística, “é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra “ (Fortin, 1999:208).

Ainda, Carmo & Ferreira (1998:197) referem que na amostra não probabilística podem ser seleccionada tendo como base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizadas com a finalidade de determinar as unidades da população que faz parte da amostra.

Um dos principais métodos da amostragem não probabilística é a amostra accidental que foi determinado para este estudo, porque qualquer enfermeiro que presta cuidados directamente a utentes no HBS, pode responder de forma deliberada e consciente, a este questionário e a NAS independentemente das variáveis idade, sexo, habilidades académicas e ou os anos de serviço prestado a instituição.

Pois acreditamos que esses enfermeiros encontram-se aptos para tal, visto que são questões claras e concisas que são vividas diariamente no seu contexto de trabalho.

Segundo Fortin (1999: 208) este tipo de amostragem tem uma grande vantagem: é mais simples de organizar e pouco trabalhosa, no entanto, esta técnica limita a generalização dos resultados.

## 2.6 Instrumento de colheita de dados

Após a definição da amostra, foi feita a determinação do instrumento de colheita de dados, onde percebemos que o melhor método indicado para este estudo é o inquérito por questionário de perguntas fechadas, em que Carmo & Ferreira (1998:123), definem inquérito em ciências sociais “como a forma precisa para designar processos de recolha sistematizada, no terreno, de dados suscetíveis de poder ser comparados”.

Para Quivy & Campenhoudt (2008: 188) este método consiste em:

*Colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma serie de perguntas relativamente a sua situação social, profissional ou familiar, as suas opiniões, as suas atitudes em relação a opções ou a questões humanas ou sociais, suas expectativas ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento, de um problema ou qualquer outro ponto que interesse dos investigadores.*

Dentro de inquérito por questionário escolheu-se adoptar para este estudo o inquérito por perguntas fechadas de administração directa ou seja quando é o próprio inquirido que preenche o inquérito (*ibid.*: 189). Tendo em vista, que este inquérito permite formar questões pré-codificadas de forma que os inquiridos devem obrigatoriamente escolher as suas respostas entre as que lhe são formalmente propostas (*ibid.*: 188). Assim sendo, evita que o inquirido se desvie ou alargue do assunto proposto pelo investigador, assim com as respostas pré-codificadas o inquirido simplesmente tem de optar pela resposta que ele acha conveniente e segura.

De acordo com Quivy & Campenhoudt (2008:189) o objectivo para o qual o método é especialmente adequado é:

- O conhecimento de uma população enquanto tal, as suas condições e modos de vida, os seus comportamentos, seus valores e suas opiniões;
- Em que uma das vantagens é a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte a numerosas análises de correlação.

## 2.7 Aplicação do inquérito

Depois de ser feito o reconhecimento exaustivo do hospital, deparamos que é provido de 15 serviços incluindo enfermarias, onde foram aplicados o inquérito, excetuando os serviços onde é ausente a prestação de cuidados de enfermagem (Ex: o serviço de esterilização, admissão de pacientes, etc.). Foi feito um levantamento de um total de 115 enfermeiros atuantes nessa instituição, que se encontram representados de acordo com a seguinte tabela.

**Tab.2:** Quadro dos enfermeiros distribuídos por cada serviço no HBS no ano 2013

Nº	Serviços do HBS	Número de Enfermeiros por serviço
1	Bloco Cirúrgico	15
2	Ginecologia/Obstetrícia	15
3	Banco de Urgência	13
4	Cirurgia	13
5	Medicina	13
6	Pediatria	13
7	Traumatologia	7
8	Tisiologia	6
9	Unidade de cuidados Especiais	5
10	Saúde Mental	5
11	Quartos Particulares	5
12	Banco de Tratamento	2
13	Hematologia	1
14	Oncologia	1
15	Esterilização	1
Total de enfermeiros		115

(Informações colhidas através do superintendente de enfermagem do HBS)

A partir desse levantamento foram distribuídos 36 inquéritos, em que a ideia inicial era inquirir de forma aleatória 3 enfermeiros para as enfermarias que se encontra 13 a 15 enfermeiros de turno, 2 enfermeiros para os serviços onde trabalham 2 a 6 enfermeiros e 1 enfermeiro para as enfermarias compostas por apenas 1 enfermeiro (excetuando o serviço

de esterilização por ser um serviço onde é inexistente a prestação de cuidados de enfermagem). Não tendo sido possível, apenas conseguimos inquirir um total de 26 enfermeiros no hospital, o que corresponde a 22,6% dos (das) enfermeiros (as) do HBS (Tabela 4).

O inquérito foi elaborado por um total de doze (12) questões, que se encontram disponíveis em anexo (ver Anexo1). Sendo que as primeiras cinco (5) questões são de natureza de caracterização demográfica, para que possamos conhecer a população alvo que participou neste estudo e fazer as correlações entre as variáveis, as sete (7) questões subsequentes foram desenvolvidas minuciosamente para tentar extrair as concepções que os enfermeiros têm sobre a própria profissão e a autonomia no exercício da enfermagem.

Para decifração do nível de autonomia do enfermeiro do HBS, foi utilizada também a Escala de Actividade de Enfermagem ou seja Nursing Activity Scale (NAS), que é uma escala inglesa, da autora Karen Kelly Schutzenhofer (1987). Escala essa que foi traduzida por Chan, Kine, Erlen para a versão portuguesa em 2007 e adoptada no estudo do autor Jorge Ribeiro em 2009.

Segundo Schutzenhofer (1987:278) a conquista da autonomia é um passo importante na luta do enfermeiro para o status completo profissional. Ainda sublinha que é necessário reunir esforços para o desenvolvimento da autonomia, e para tal exigem instrumentos como o produzido (NAS), que se utilizou neste estudo.

Essa escala é composta por 30-item, em (Anexo 4), que descrevem situações ou vivências que ocorrem no dia-a-dia do desenrolar da profissão no ambiente hospitalar. A autora utilizou-o, numa amostra de enfermeiros, indicando que um enfermeiro (a) teve de exercer um nível muito baixo para um nível muito elevado de autonomia profissional para executar as actividades de enfermagem descritas. (Ribeiro, 2009:84).

Essas questões vão de encontro com a autonomia na prestação de cuidados de enfermagem, onde determina quatro respostas já pré-determinada, sendo elas: **1-** Muito improvável actuar desta forma, **2-** Improvável actuar desta forma, **3-** Provável actuar desta forma, **4-** Muito provável actuar desta forma (*ibidem*). O enfermeiro apenas terá que seleccionar uma dessas opções mediante cada item.

No quadro das pontuações a autora dá a cada item um peso de ponderação onde podemos destacar três (3) categorias ou níveis de autonomia em enfermagem: **Nível 1** - Baixo nível de autonomia; **Nível 2** - Nível médio de autonomia; **Nível 3** - Nível de autonomia elevada. Estes níveis são sensíveis as questões de enfermagem e medem as acções de enfermagem realizadas durante o desenrolar da actividade profissional. Depois de a escala ser preenchida pelos inquiridos, multiplica-se a pontuação dada por cada item pelo peso do item designada pela autora, a partir daí saber-se-á dizer o nível de autonomia de cada enfermeiro (*Ibidem*).

Ainda segundo Ribeiro (2009: 84) a autora distingue um nível baixo de autonomia se os valores forem igual ou inferior a 60-120, um nível médio de autonomia se os valores apresentados estiverem entre 121 e 180 e para um nível elevado de autonomia se os valores residirem entre 180 e 240.

Todos os requisitos predefinidos na escala podem ser claramente utilizada para medir a autonomia dos enfermeiros do HBS, pois cada questão se adapta a realidade de São Vicente, sendo estas enquadradas nas suas práticas diárias.

Achamos pertinente a utilização desta escala pelo facto de que pode ser adaptada à realidade de prestação de cuidados de enfermagem nos hospitais de Cabo verde inclusive em São Vicente, pois as realidades não são demasiado distanciadas.

É de grande valia a utilização da NAS, visto que, só com a sua aplicação é que se pode atingir o objectivo crucial desse estudo que é medir, avaliar e conhecer o nível de autonomia dos enfermeiros do HBS no desenrolar do seu exercício profissional e daí correlacionar os resultados obtidos com as variáveis em questão e assim responder as hipóteses levantadas. Também a NAS dá-nos uma visão mais ampla o vir juntar-se ao inquérito de perguntas fechadas, de como a autonomia é percecionada por esses profissionais.

## **2.8 Acesso ao campo de estudo**

O acesso ao campo de estudo tornou-se possível após a recepção de um parecer positivo, por parte do Conselho de ética do Hospital Dr. Baptista de Sousa, que autorizou a realização do presente estudo (Anexo10).

Foi aplicado um inquérito de administração directa ou seja os enfermeiros foram abordados pessoalmente, foram-lhes explicados a pertinência do estudo e a importância da sua colaboração.

## **2.9 Considerações éticas e legais**

Fortin (1999:114;115) considera “a ética no seu sentido mais amplo, como sendo a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”. Ainda refere que “os organismos subvencionários estabelecem igualmente regras de ética a que os investigadores devem submeter para aceder aos fundos de uma investigação”.

O trabalho foi elaborado com assento na ética e em termos legais, para a sua realização foram tomadas todas as precauções necessárias para que os direitos da instituição, dos autores citados e todos os participantes, fossem igualmente honrados, começando por deixar claro que:

Para a realização do estudo foi entregue uma carta formal solicitando a autorização do HBS e do Superintendente de enfermagem, para que fossem estudados os enfermeiros, e em conjunto foi entregue uma declaração de matrícula, comprovada pela Universidade do Mindelo (Anexo 9), anexado conjuntamente com o referido inquérito e a Escala de Actividade em Enfermagem. O hospital não se opôs quanto a sua aplicação, dando um parecer positivo para iniciação do estudo.

Depois de ser feita uma intensa revisão de literatura, em vários livros artigos científicos, jornais de enfermagem, deparamos com a NAS, utilizada pelo autor Jorge Ribeiro na sua tese de Mestrado em Ciências Sociais na Universidade do Porto – Universidade de Ciências Biomédicas Abel Salazar onde ele utilizou a escala para estudar a autonomia profissional dos enfermeiros que trabalhavam no Hospital da Universidade de



Coimbra em Portugal, e a partir dessa revisão decidimos adaptar esta escala no presente estudo pelos motivos que foram atrás mencionados.

Para a utilização da Escala de Actividade em Enfermagem (NAS) foi pedido a autorização da autora Sr.<sup>a</sup> Schutzenhofer, por correio eletrónico e por fax, tentativas essas que foram frustradas, não conseguindo então manter contacto com a mesma, infelizmente.

Foram tomadas todas as precauções éticas e legais, como a citação da fonte bibliográfica, de modo que, antecipadamente, pedimos desculpa por qualquer transtorno ou constrangimento que este estudo possa vir a suscitar, não foi nossa intenção usufruir de forma deliberada ou negativa da referida escala, sem a devida autorização da Sra. Schutzenhofer, a qual pedimos sinceras desculpas.

Mas, no entanto foi solicitado a autorização do autor Jorge Ribeiro por correio electrónico, visto que foi no seu estudo que colhemos a escala, este prontamente autorizou a aplicação da mesma no nosso estudo (Anexo7).

Foi feita uma primeira aplicação da NAS à uma amostra de 15 enfermeiros, que corresponde a mais de metade da população alvo deste estudo, no intuito de analisar a compreensão da escala, sendo que tivemos uma resposta positiva, foi decidida a sua aplicação.

Aos enfermeiros participantes do inquérito foi feito o consentimento informado (Anexo11). E participaram de forma livre e esclarecida sem nenhuma ameaça, constrangimento, promessa ou pressão exigida. Referimos que os inquiridos são pessoas maiores de idade, que se encontram em plena sanidade mental, onde responderam sem a violação do direito à autodeterminação que “se baseia no respeito pelas pessoas segundo ela cada pessoa é capaz de decidir por ela própria” (Fortin, 1999:116), ou seja o inquérito foi realizado por livre e espontânea vontade dos participantes, onde não foram ocultadas informações e foi assegurado o direito a intimidade ao anonimato e a confidencialidade.

**CAPITULO - III**  
**3. FASE EMPÍRICA**

### 3.1 Apresentação e Análise dos resultados

Com a recolha dos dados, segue-se a apresentação e a análise dos resultados obtidos através do questionário de perguntas fechadas e da Escala de Actividade em Enfermagem. Para isso optou-se por fazer a análise descritiva e correlacional dos mesmos, com o auxílio do Software Microsoft Office Excel 2007 para a elaboração dos gráficos e avaliação estatístico dos dados.

Esta fase divide-se em três componentes sendo a primeira a caracterização dos sujeitos inquiridos, a segunda pela análise dos questionários de perguntas fechadas e a terceira parte pela análise da Escala de Actividade em Enfermagem (NAS).

### 3.2 Caracterização da População Demográfica

Apresentamos um estudo com uma amostra de 26 inquiridos, que corresponde á 22,6% dos enfermeiros do HBS, representados na **Tabela 3**.

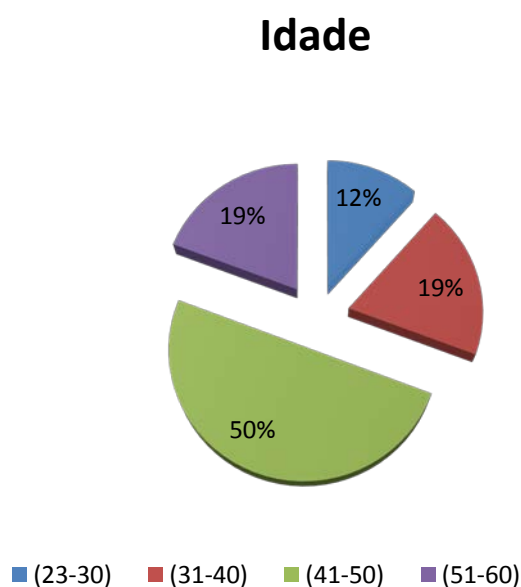
**Tab.3-** Distribuição dos participantes de acordo com a caracterização demográfica

<b>Enfermeiros inquiridos</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Habilitações académicas</b>	<b>Tempo de serviço</b>
Enf. 1	23	F	Lic.	7 Ms
Enf.2	48	F	Lic.	29 A
Enf.3	41	F	Lic.	25A
Enf.4	48	M	Bach.	25A
Enf.5	45	F	Bach.	22A
Enf.6	41	F	Lic.	8 A
Enf.7	38	M	Bach.	9A
Enf.8	29	M	Bach.	3A
Enf.9	36	F	Lic.	8A
Enf.10	46	M	Lic.	22A
Enf.11	42	F	Bach.	14A
Enf.12	52	F	Lic.	25A
Enf.13	37	M	Bach.	17A
Enf.14	55	M	Bach.	30A
Enf.15	44	F	Bach.	18A
Enf.16	45	F	Bach.	12A
Enf.17	58	F	Lic.	28A

Enf.18	46	F	Lic.	21A
Enf.19	40	F	Lic.	8A
Enf.20	30	M	Lic.	8A
Enf.21	34	F	Lic.	8A
Enf.22	49	M	Lic.	18A
Enf.23	33	M	Bach.	8A
Enf.24	48	M	Lic.	20A
Enf.25	56	F	Lic.	13A
Enf.26	52	F	Lic.	28A

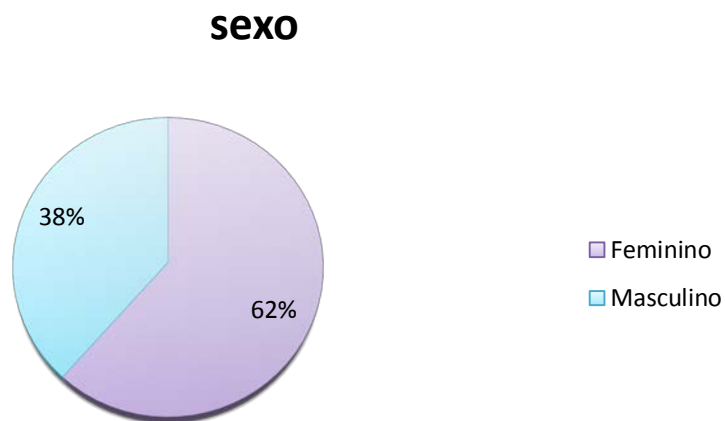
Conforme o **Gráfico 1** correspondente a variável **idade**, a amostra utilizada para este estudo está constituída por 3 (12%) enfermeiros com a idade compreendida entre 23-30 anos de idade; 5 (19%) enfermeiros entre 31- 40 anos de idade; 13 (50%) enfermeiros com 41 aos 50 anos de idade; 5 (19%) enfermeiros com a idade compreendida entre 51 – 60 anos de idade. Portanto a idade mínima é de 23 anos e a máxima é de 58 anos de idade, o que corresponde a uma média de 43 anos de idade.

**Gráf. 1-** Disposição dos dados relativamente a faixa etária da amostra em estudo.



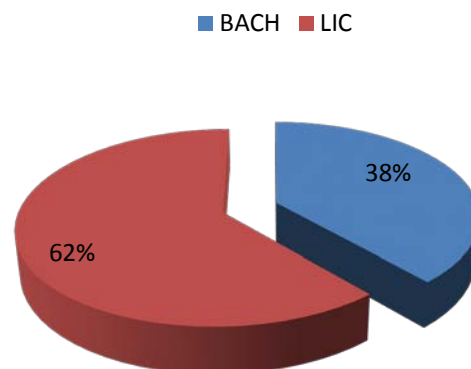
Verificou-se que a maioria dos enfermeiros inquiridos pertence ao sexo feminino com 16 (62%) enfermeiras e do sexo masculino 10 (38%) enfermeiros. Verificável no **Gráfico 2**.

**Gráf. 2-** Distribuição dos dados de acordo com o sexo dos inquiridos



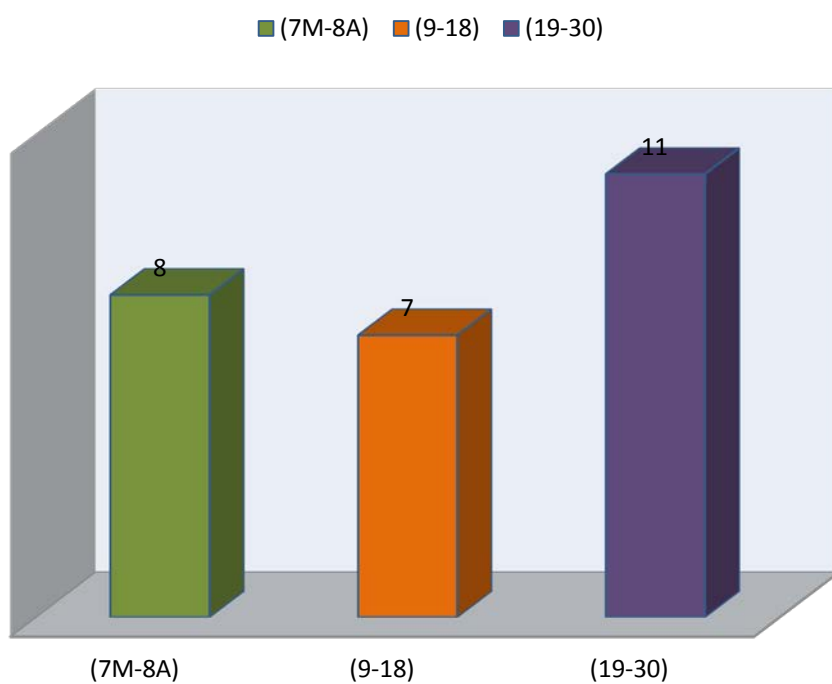
De acordo com as habilitações académicas observou-se que os inquiridos ou têm o grau de Licenciatura ou o Bacharelato, não se verificou mais nenhum outro grau de habilitações académicas, portanto a amostra está completa com uma maioria de 16 (62%) enfermeiros licenciados (LIC.) e uma minoria de 10 (38%) enfermeiro com o grau de bacharelato (BACH.). Esses dados podem ser conferidos de acordo com o **Gráficos 3**.

**Gráf. 3** – Distribuição dos dados de acordo com as habilitações académicas



No que diz respeito ao tempo de serviço os inquiridos apresentam um mínimo de 7 meses e um máximo de 30 anos de serviço prestado ao Hospital. Em que 8 (31%) enfermeiros têm entre 7 meses a 8 anos de serviço; 7 (27%) enfermeiros com 9 a 18 anos de serviço; e 11 (42%) enfermeiros prestaram de 19 a 30 anos de serviço.

**Gráf. 4-** Distribuição dos dados relativamente ao tempo de serviço



**Tab. 4** – Disposição dos dados relativamente ao número de enfermeiros inquirido por serviços.

<b>Nº</b>	<b>Serviços do HBS</b>	<b>Enf. Inquirido por serviço</b>
<b>1</b>	Bloco Cirúrgico	3
<b>2</b>	Ginecologia/Obstetrícia	2
<b>3</b>	Banco de Urgência	3
<b>4</b>	Cirurgia	2
<b>5</b>	Medicina	2
<b>6</b>	Pediatria	3
<b>7</b>	Traumatologia	2
<b>8</b>	Tisiologia	1
<b>9</b>	Unidade de cuidados Especiais	1
<b>10</b>	Saúde Mental	2
<b>11</b>	Quartos Particulares	2
<b>12</b>	Banco de Tratamento	1
<b>13</b>	Hematologia	1
<b>14</b>	Oncologia	1
<b>15</b>	Esterilização	0
Total de enfermeiros		26

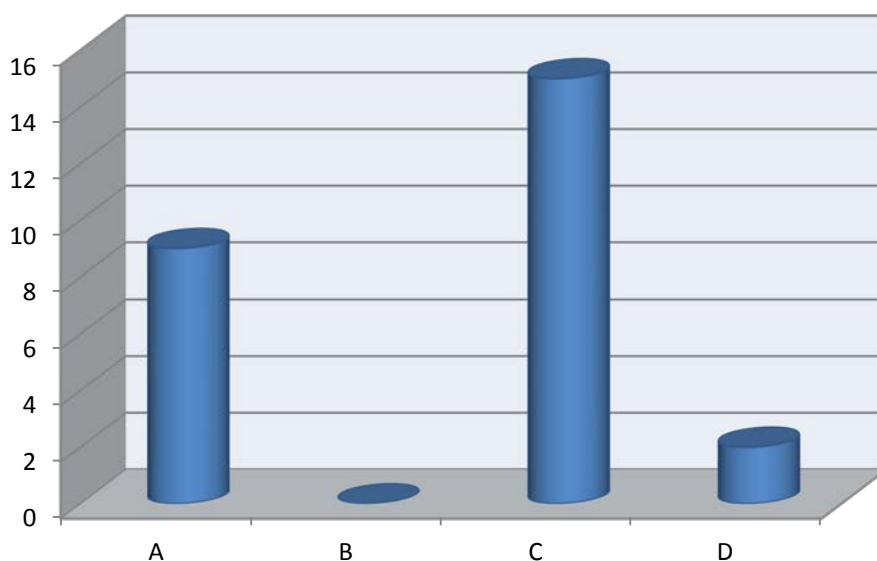
### 3.3 Apresentação dos dados relativamente ao questionário de perguntas fechadas (em Anexo 1)

Esses dados apresentados nos gráficos subsequentes são referenciados de acordo com as hipóteses levantadas no início do estudo e com as perguntas do inquérito de perguntas fechadas aplicado, onde essas procuram apreender a opinião que os enfermeiros têm da enfermagem e da sua autonomia profissional.

De acordo com os dados obtidos para a questão 6, representados no gráfico 5, onde a intenção foi saber o que os enfermeiros pensam da profissão de enfermagem, para a opção **A)** os que consideram que a enfermagem é um ramo da medicina; para a opção **B)** os enfermeiros que responderam que a enfermagem é uma área com grau inferior à medicina; para a opção **C)** os que consideram que é uma área complementar à medicina e a **D)** representado no gráfico para os enfermeiros que não responderam a nenhuma das opções.

Verificou-se que 34% (9) dos inquiridos responderam a opção **A)**; não houve nenhuma resposta pela opção **B)**; 58% (15) dos enfermeiros optaram pela opção **C)**; e a **D)** representa 8% (2) que não reponderam a questão número 6.

**Gráf. 5:** Disposição dos relativamente ao conceito de Enfermagem



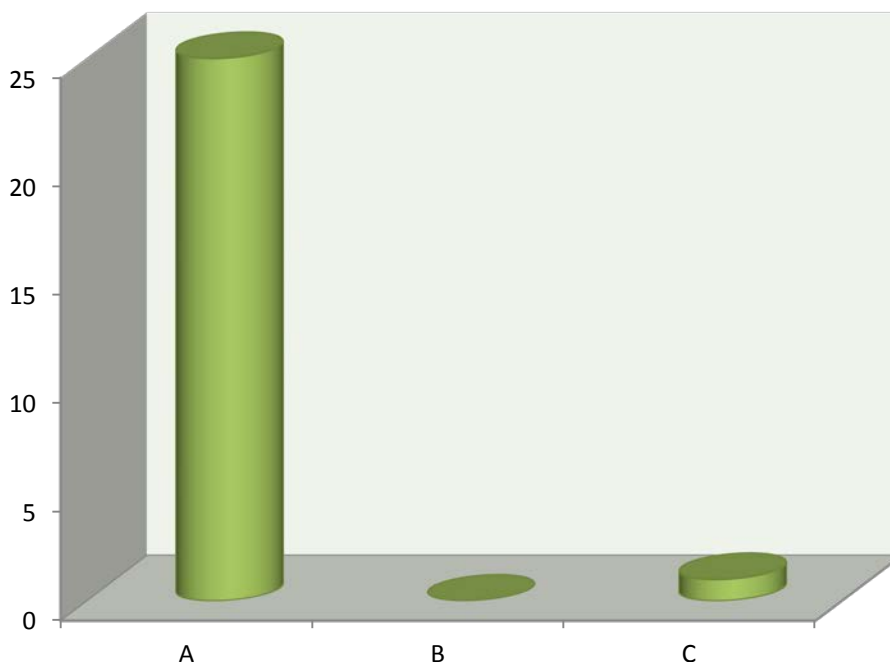


Para a questão 7, representada no gráfico 6, em que a intenção foi saber se os inquiridos consideram a enfermagem como uma ciência. Com a análise dos dados e como já tínhamos determinado nas hipóteses, verificou-se uma unanimidade no que diz respeito a concepção da enfermagem como ciência pelos enfermeiros.

Responderam para a opção **A) sim**, os que consideram que a enfermagem é uma ciência, que correspondeu á 96% (25) dos enfermeiros; para a opção **B) Não**, esta opção não foi selecionada, para a opção **C) talvez** a enfermagem seja uma ciência.

Os enfermeiros tiveram uma unanimidade na resposta em que eles consideram que a enfermagem é uma ciência, isso quer dizer que detêm a ideia primordial da profissão pois tanto os enfermeiros com o grau de bacharelato como os licenciados têm a mesma concepção o que é muito importante para os enfermeiros e para a própria profissão.

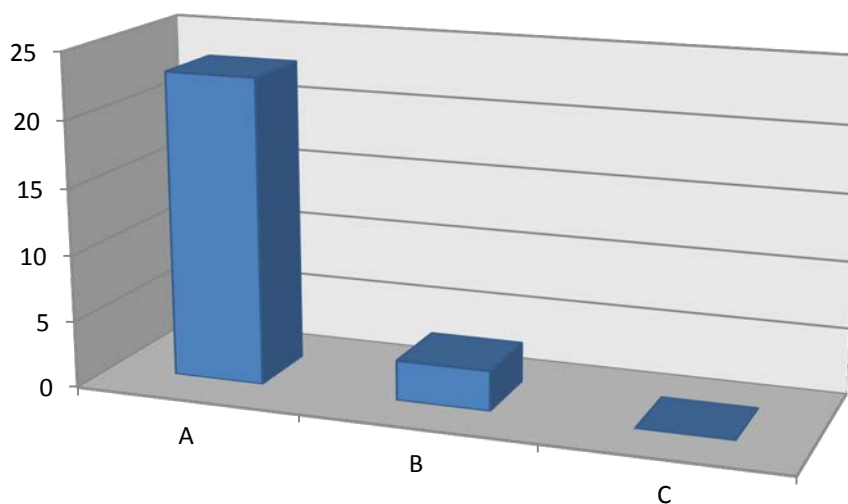
**Gráf. 6:** Disposição dos dados relativamente a opinião dos inquiridos em relação a enfermagem como ciência.



Na questão 8, foi perguntado aos inquiridos se consideram que a enfermagem de hoje, em São Vicente evoluiu em relação à enfermagem de antigamente, para a opção **A)** observou-se 88% (23) dos enfermeiros que responderam **Sim, muito** ou seja que a enfermagem evoluiu muito em São Vicente nos últimos anos; para opção **B)** 12% (3) dos enfermeiros responderam **Não, muito** e para a opção **C)** 0% responderam **talvez**, ou seja essa vertente não foi escolhida por nenhum dos inquiridos (Gráf.7).

Consoante as concepções dos inquiridos e tendo em conta o que foi abordado anteriormente no enquadramento teórico do mesmo estudo pode-se dizer que a profissão tem vindo a evoluir consoante as modificações sociais, tecnológicas e a época. Essa concepção dos inquiridos pode também estar relacionada com o tempo de serviço prestados á instituição ou seja a maioria desses enfermeiros têm acompanhado essas evoluções o que lhes permite afirmar essa resposta.

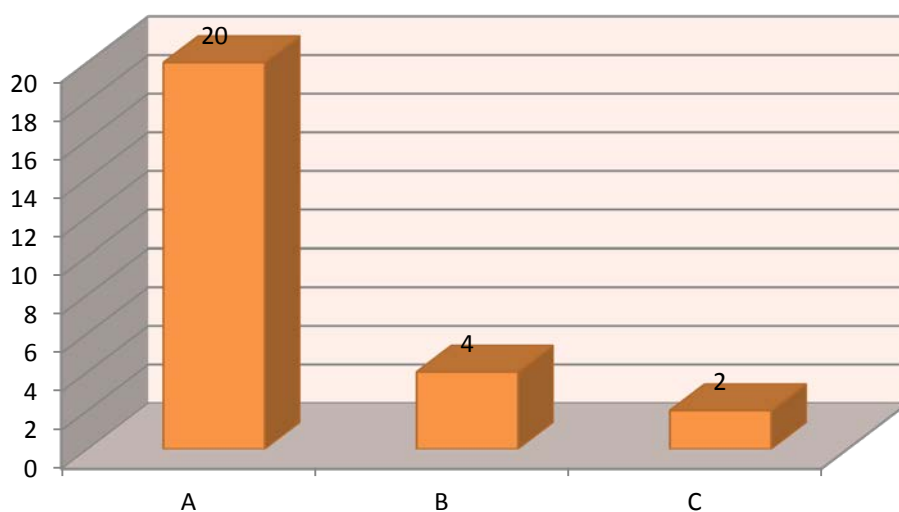
**Gráf. 7:** Disposição dos dados relativamente a opinião dos inquiridos em relação a evolução da enfermagem em São Vicente



Questão 9, onde foi questionado ao enfermeiro se ele considere-se um profissional autônomo, independente e responsável. A opção **A)** 77% (20) dos enfermeiros dizem ser autônomos, para a opção **B)** 15% (4) responderam que **não** se consideram autônomos, e para a opção **C)** 8% (2) responderam **talvez**. O que não correspondeu com a hipótese levantada, pois a maioria identificam-se como profissionais autônomos (Gráf.8).

Visto que a maioria dos inquiridos se consideram profissionais autônomos, independentes, responsáveis e nenhum dos inquiridos apresentam o nível baixo de autonomia pode-se dizer que com um nível de autonomia médio esses são possuidores dessas características o que mostra uma certa concordância entra as suas concepções como profissionais autônomos e o seu nível de autonomia.

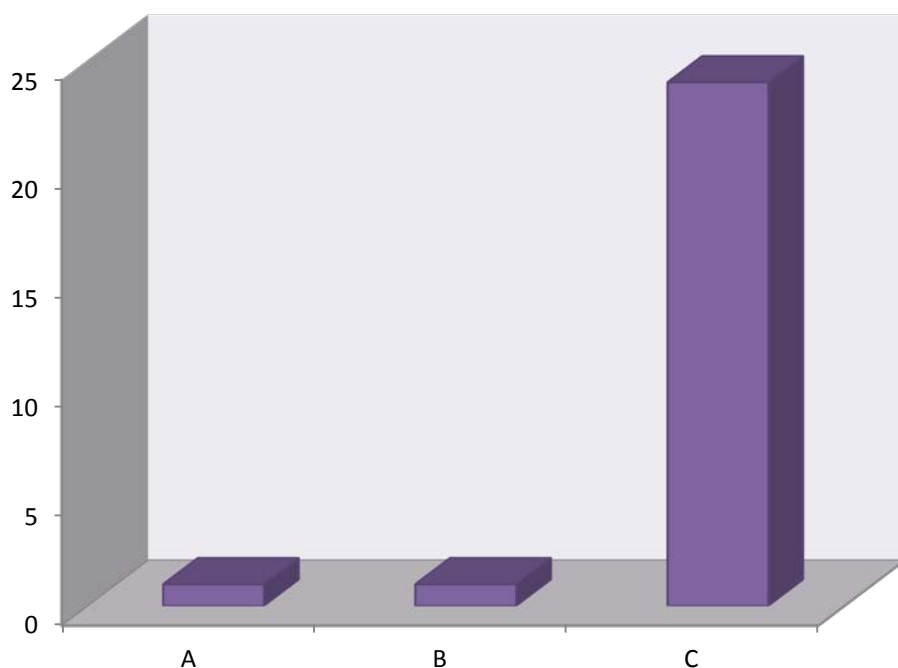
**Gráf. 8:** Distribuição dos dados relativamente a autonomia do enfermeiro



Na questão 10, foi perguntado aos enfermeiros se consideram a enfermagem exercida em São Vicente uma profissão Autónoma. Apenas 4% (1) dos inquiridos responderam a questão, com a opção **A)** que considere a profissão muito autónoma, para a opção **B)** respondeu também 4% (1) dos inquiridos que considera que a enfermagem não é nada autónoma e para a opção **C)** 92% (24) dos inquiridos consideram que a profissão é autónoma mas que essa autonomia é limitada (Gráf.9). Com a análise dos dados os resultados vão no sentido de não confirmar a hipótese.

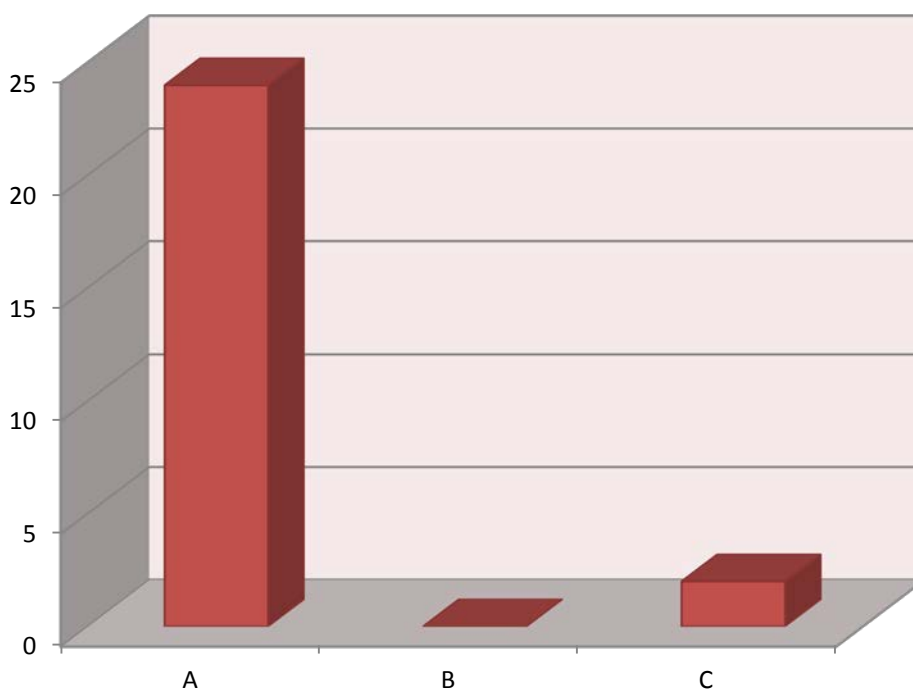
A partir da análise dos dados pode-se dizer que não se confirmou a hipótese estabelecida em que partimos do princípio que os enfermeiros cogitavam que a enfermagem em São Vicente não é uma profissão autónoma. Comparando com o nível de autonomia desses enfermeiros podemos afirmar que esses possuem noção da autonomia na profissão mas eles classificam essa autonomia como limitada ou seja no exercício da profissão deparam com limites, esses limites podem estar relacionados com a política da organização ou também com as características inerentes a profissão.

**Gráf. 9:** Disposição dos dados relativamente a opinião dos inquiridos sobre a enfermagem como profissão autónoma em São Vicente



Para a questão 11 em que se questiona se a autonomia, beneficência, a não-maleficência e a justiça são princípios orientadores para a execução da profissão, obteve-se as seguintes respostas: **A) sim**, em 92% (24) dos inquiridos; **B) não**, não foi assinalada esta opção e **C) talvez** para 8% (2) dos inquiridos, (Gráf.10). Os resultados obtidos foram de acordo com a hipótese levantada no início do estudo.

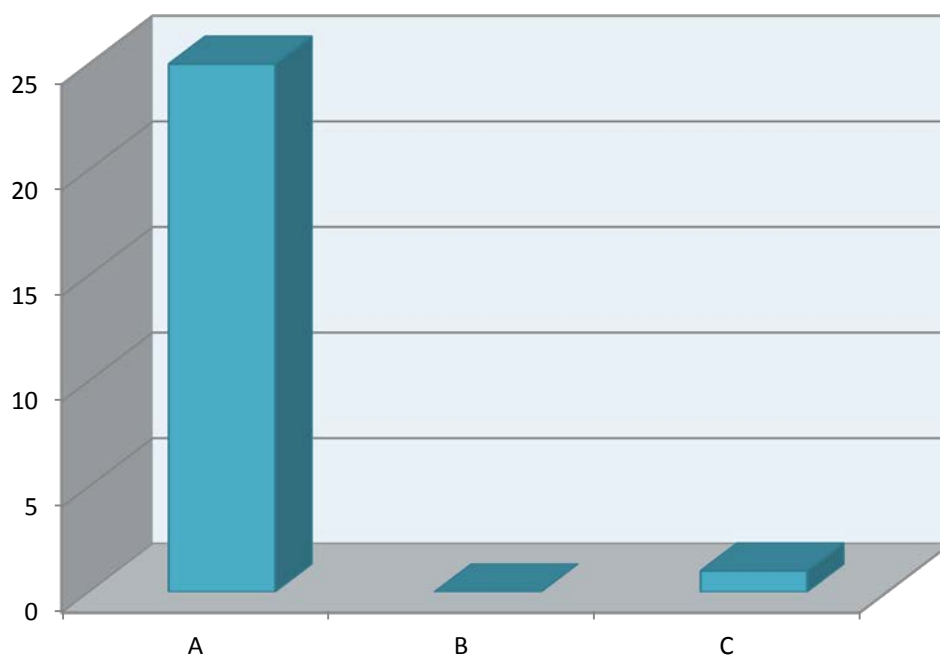
**Gráf.10:** Disposição dos dados relativamente autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça como princípios orientadores da profissão



Por fim, para a questão 12, procura-se saber se o conhecimento científico contribui como um elemento para a autonomia dos enfermeiros. Obteve-se as respostas seguintes: **A) sim**, em 96% (25) dos inquiridos; **B) não**, não foi assinalada esta opção e **C) talvez** para 4% (1) dos inquiridos, o que pode ser observado no gráfico seguinte (Gráf.<sub>11</sub>), pode-se verificar que esta questão esteve de acordo com a hipótese levantada.

Como a maioria responderam que o saber científico é importante para a aquisição da autonomia isso quer dizer que os enfermeiros têm noção da importância do saber científico para a profissão o que na nossa concepção pode leva-los a prestar cuidados com base em práticas científicas deixando de lado os conhecimentos empíricos.

**Gráf. 11:** Distribuição dos dados relativamente a opinião dos inquiridos em relação ao saber científico como elemento para a construção da autonomia

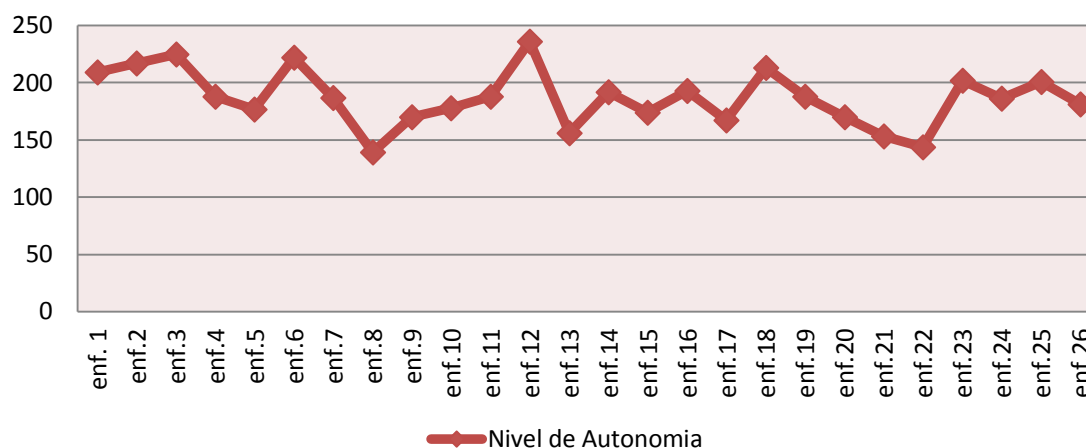


### 3.4 Apresentação e análise dos resultados da NAS

Nesta terceira parte apresentamos o resultado da Escala de Actividade em Enfermagem (Nursing Activity Scale) que tem por objectivo avaliar o nível de autonomia dos enfermeiros. Com a sua aplicação aos enfermeiros do HBS, ela visa responder a pergunta de partida do presente estudo que é saber *qual o Nível de Autonomia dos Enfermeiros do Hospital Dr. Baptista de Sousa*.

Anunciamos o seguinte gráfico que a grosso modo representa o nível de autonomia de todos os enfermeiros inquiridos.

**Gráf. 12-** Nível de Autonomia dos enfermeiros



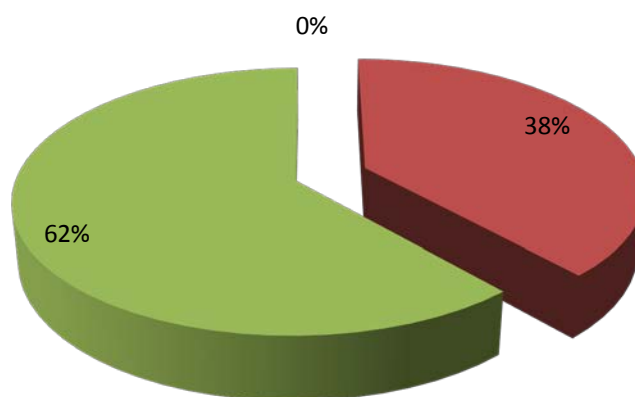
Voltando a sublinhar o que tínhamos referido anteriormente neste estudo, segundo Ribeiro (2009:84) o nível de autonomia varia entre as pontuações de 60-120 para os enfermeiros com um baixo nível de autonomia, de 121- 180 e um nível médio de autonomia e de 181- 240 e um elevado nível de autonomia.

De acordo com os resultados obtidos das pontuações da NAS disponibilizados no gráfico 12, pode-se observar uma oscilação do nível de autonomia entre os enfermeiros, dessa pontuação tivemos uma mínima de 139 pontos que corresponde a um nível médio de autonomia e uma máxima de 236 pontos correspondente a um nível elevado de autonomia.

Não se constatou a presença de enfermeiros com o nível baixo de autonomia, mas observou-se que 38% (10) dos inquiridos revelaram um nível médio de autonomia e uma maioria de 62% (16) dos inquiridos percebem um nível elevado de autonomia.

**Gráf. 13-** Nível de Autonomia dos enfermeiros do HBS de acordo com a classificação da NAS.

■ (60-120) - Baixo Nível de Autonomia    ■ (121-180) - Nível Médio de Autonomia  
■ (181-240) - Nível Elevado de Autonomia



Com o corelacionamento das variáveis verificou-se que a **idade** e o **tempo de serviço** não interferem no nível de autonomia dos inquiridos, derrubando as hipóteses pré-estabelecidas a esse respeito. Assim como o autor Ribeiro (2009:99) não verificou alterações no corelacionamento desses dados no seu estudo mas Schutzenhofer (1988, cit in Ribeiro, 2009:99) refere que no seu estudo a autonomia profissional em enfermagem é influenciada por variáveis como a idade.

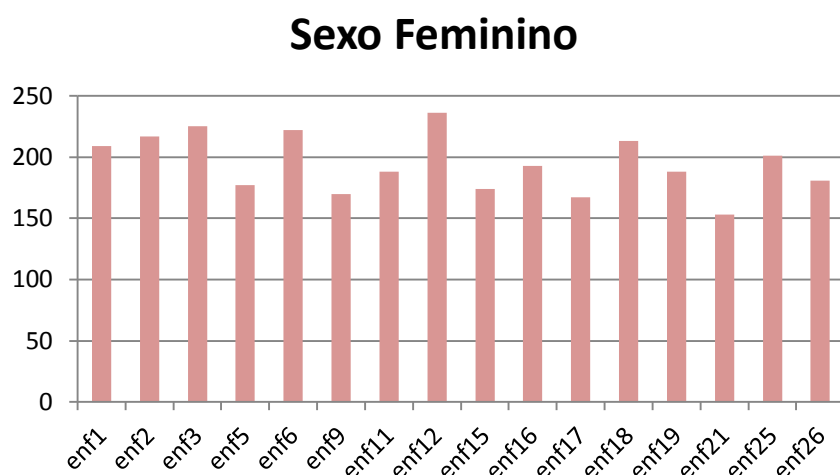
No que tange a variável **sexo**, de acordo com os resultados obtidos e tendo em vista que os inquiridos do sexo feminino representam uma maioria da amostra correspondente á 62% e do sexo masculino 38%, pode-se constatar que os inquiridos do sexo feminino gozam de um maior nível de autonomia em relação aos do sexo masculino em que elas tiveram maiores pontuações na Escala de Actividade em Enfermagem (NAS) podendo ser conferida nos gráficos **14** e **15**. O que contradiz a nossa hipótese e a autora Papathanassoglou (2005 cit. in Ribeiro, 2009:101), quando diz que os homens apresentam um nível mais elevado de autonomia do que as mulheres, ainda justifica que isso pode estar relacionado com o facto, de que muitos estudos sugerem, os homens conseguem construir carreiras de maior sucesso e conseguir estatuto mais elevado.



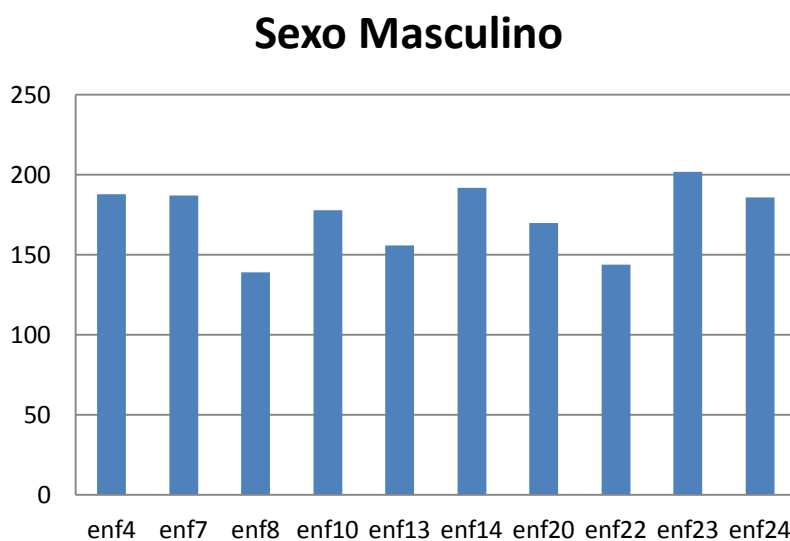
Também Ribeiro (2009:101) refere não haver diferenças em relação ao sexo e o nível de autonomia mas refere que, de acordo com outros estudos, o sexo dos participantes influencia nessa percepção.

Para um melhor entendimento pode-se observar nos gráficos subsequentes que a pontuação do sexo feminino ultrapassam a faixa de 200 representado no eixo do gráfico 14 e o do sexo masculino apenas um inquirido chega a faixa dos 200 e é o sexo a quem pertence o nível mais baixo de autonomia com uma pontuação mínima de 139.

**Gráf. 14:** Sexo feminino em correlação com Nível de Autonomia



**Gráf. 15:** Sexo Masculino em correlação com o Nível de Autonomia

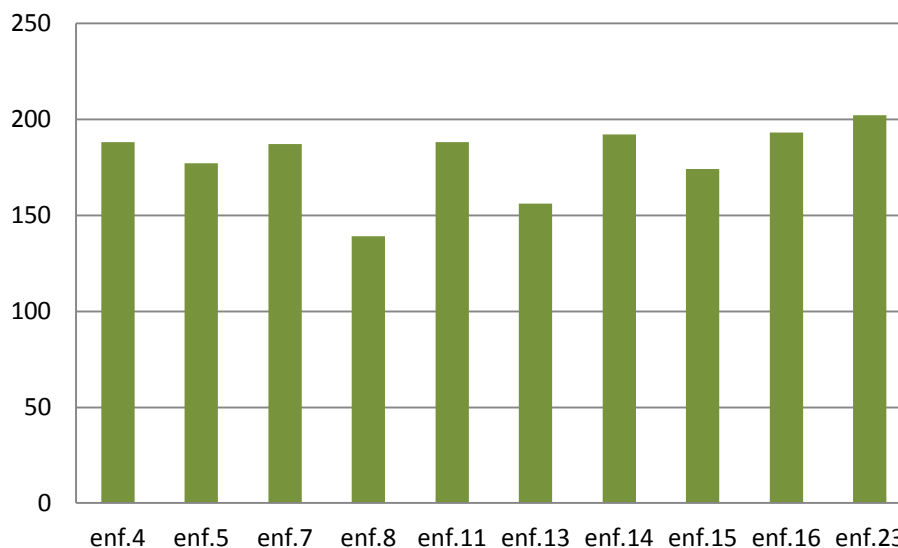


No corelacionamento dos dados que dizem respeito à **habilitação académica** verificou-se que os enfermeiros licenciados, que correspondem a 65% (16) da amostra, são detentores de uma maior nível de autonomia em relação com os inquiridos com o grau de bacharelato que representam 35% (10) da amostragem, assim como já tínhamos pré-estabelecidas nas hipóteses. Ou seja os inquiridos com o grau de bacharelato obtiveram pontuações mais baixas na escala de actividade em enfermagem, em relação aos enfermeiros licenciados o que é visível nos gráficos 16 e 17 representados abaixo.

**Gráf. 16:** Nível Académico - Licenciatura em correlação com o Nível de Autonomia.



**Gráf. 17:** Nível Acadêmico - Bacharelato em correlação com o Nível de Autonomia.



De acordo com o estudo do autor Ribeiro (2009:102), verificou-se diferenças do nível de autonomia na profissão em relação com as habilidades acadêmicas. Segundo o mesmo autor uma educação acadêmica avançada está fortemente associada com a autonomia pois esta autonomia está relacionada com as atitudes que são aprendidas durante o curso de enfermagem. “Os antecedentes relacionados com a educação incluem competência baseada em conhecimentos com base de suporte forte compreensão do âmbito dos cuidados de enfermagem e um nível educacional cada vez mais elevado”, logo os na enfermagem os níveis de conhecimento estão correlacionados com a competência e com a autonomia (*ibidem*).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da execução do trabalho de conclusão do curso e tendo em vista de que se trata de um processo gradual de pesquisa, deparamos que autonomia na prestação de cuidado é um tema que emergiu recentemente na realidade da profissão de enfermagem que tem um amplo campo de abordagem, pois á nosso entender o enfermeiro de hoje tem a necessidade de se sentir autónomo e por conseguinte aplica-la na sua prática diária com responsabilidade e competência.

O conceito de autonomia pode ser aplicado tanto a nível individual como a nível profissional é um princípio que se baseia na liberdade de escolha, dá ênfase a liberdade de agir mediante os próprios princípios como na tomada de decisão e que proporciona emancipação da pessoa baseada em aspectos éticos e legais da profissão.

Durante o decorrer da investigação foi dada bastante relevância a autonomia profissional em enfermagem, mas para o enfermeiro é importante ressaltar que ser autónomo não significa trabalhar isoladamente das outras profissões de saúde, logo ele deve desenvolver o seu trabalho numa equipa multidisciplinar consoante as necessidades do utente. Pois o utente deve ser visto como uma totalidade, isto é não só por enfermeiros mas como também por outros profissionais de saúde de modo a englobar os cuidados de saúde de forma que o utente recupere sua homeostasia.

A autonomia é influenciada por vários factores como a tomada de decisão a competência e a responsabilidade assim como a enfermagem que ao longo da sua história tem sofrido modificações que são decorrentes de transformações sociais, socio- políticos e isso tem-se reflectido no exercício da prática do enfermeiro como também de outros profissionais.

Por vezes o enfermeiro esquece-se de verificar ou questionar as práticas profissionais do dia-a-dia, pois só avaliando o seu desempenho que ele pode adquirir consciência da sua actuação assinalando os pontos fortes e os pontos fracos corrigindo-os, ganhando mais controlo e segurança e maior capacidade de tomar decisões de forma autónoma.

Um dos pontos essenciais para essa autonomia é o saber científico como se pode observar no estudo apresentado os enfermeiros licenciados detêm um nível mais elevado de autonomia em relação aos enfermeiros com o grau de bacharelato o que comprova que o conhecimento científico é bastante importante para a actuação do enfermeiro e no seu desenvolvimento intelectual e profissional.

Outro ponto importante é a visão holística dos enfermeiros a nível da profissão e do paciente, englobando a responsabilidade na tomada de decisão, a competência, a capacidade de gerir a sua actuação onde ele tem liberdade mas ao mesmo tempo essa liberdade tem limites não é uma liberdade absoluta, ela é condicionada e delimitada pelas regras gerais que regem a profissão.

Os enfermeiros que fizeram parte desse estudo possuem um elevado nível de autonomia na prestação de cuidados, mas não podemos esquecer que por vezes a demanda de trabalho, influência nessa autonomia por conseguinte a necessidade de inclusão de mais enfermeiros no sistema de saúde em Cabo Verde como forma de aumentar a qualidade na prestação de cuidados e com o aumento dessa qualidade aumenta ainda mais o nível de autonomia e uma excelente exercício da profissão.

Urge em Cabo Verde a criação de uma ordem de enfermeiros, é fundamental um estatuto que regule a profissão, onde serão estabelecidas um código deontológico de forma a defender e punir os enfermeiros consoante as suas acções de modo a dar mais visibilidade, respeito e sobretudo na defesa dos interesses desses profissionais. Relembrando que os princípios éticos devem constituir como elementos centrais para qualquer prestação de cuidados mas por vezes a prática dos cuidados de enfermagem é influenciada por factores psicológicos, culturais e sociais do utente e do profissional o que torna difícil na sua aplicação.

O objectivo crucial do estudo foi alcançado na medida que foi possível identificar o nível de autonomia dos enfermeiros do Hospital Dr. Baptista de Sousa como conhecer as suas concepções sobre esta temática em que essas foram identificadas através da aplicação do inquérito por perguntas fechadas e a NAS. Com isso passamos a conhecer e a entender melhor esses profissionais pois inicialmente partilhávamos uma visão conturbada dos mesmos, talvez por preconceito ou inexperiência, achamos que esses profissionais

dispunham de um baixo nível de autonomia na prestação de cuidados, essa visão só foi derrubada com a aplicação da escala de actividade de enfermagem o que fez com que o estudo tivesse um desfecho surpreendente e inesperável. Foi muito importante a aplicação da escala no nosso estudo porque nos permitiu derrubar mitos internos ao nosso conhecimento como algumas hipóteses levantadas. Como vimos que as enfermeiras são mais autónomas que os enfermeiros, na nossa concepção isso deve-se ao facto de que a mulher presta um cuidado que é inato ou seja um cuidar que está na sua própria natureza como instinto de mãe e de mulher, extrapolando obstáculos e barreiras proporcionando bem estar e alcançando a essência do cuidado.

### **Dificuldades encontradas**

Algumas dificuldades encontradas durante o processo de investigação foi uma défice de bibliografia disponível em Cabo Verde sobre a temática abordada, o que levou a realização de uma exaustiva procura de documentos internacionais onde pudemos descortinar a complexidade do tema, podemos salientar que também tem a necessidade de criação de documentos nacionais em prol do avanço da profissão pois a autonomia é um dos componentes essenciais para o progresso da profissão.

Uma outra dificuldade deparada foi aquando a aplicação do estudo no terreno em que se observou uma significativa recusa por parte de alguns enfermeiros que negaram por e simplesmente em colaborar com a investigação, o que leva a crer que esses profissionais não têm dado a devida importância a investigação e nem têm contribuído para a evolução da enfermagem como ciência em Cabo Verde. O que é muito prejudicial para a construção e elevação da profissão no nosso quotidiano visto que só agora que a enfermagem como ciência esta dando os primeiros passos em São Vicente e em Cabo Verde.

Não podemos generalizar os resultados obtidos dizendo que autonomia dos enfermeiros no HBS é elevada porque a amostra colhida não abrange a totalidade desses enfermeiros, pois só conseguimos uma amostragem de 22,6 % o que não corresponde a totalidade desses enfermeiros devido limitação do tempo, a recusa por parte de alguns enfermeiros em responder o questionário e outros enfermeiros que não entregaram o inquérito.

Pensamos que talvez se tivéssemos feito um estudo com uma população mais jovem ou mais idosa ou que os géneros se distribuíam de forma equitativa poderíamos ter obtido resultados diferentes. O que nos remete dizer que o estudo encontra-se aberto para outros investigadores debruçarem sobre ele.

Por fim pretende-se contribuir para que outros autores desenvolvem uma grande sensibilidade, e uma sólida preparação teórica e uma maior clareza sobre o papel do enfermeiro nas suas acções com autonomia e independência. Esperamos ter suscitado questionamentos que venham servir de estímulo e ponto de partida para outros estudos e que por conseguinte tentam perceber-lo numa prisma diferente fazendo uma relação entre o nível de autonomia dos enfermeiros com a prestação de cuidados com qualidade entre outros.

Foi muito motivante trabalhar este tema pois o resultado desta pesquisa foi muito gratificante. Salientamos que autonomia dos enfermeiros seja ela em que contexto for necessita de ser estudada e debatida entre os enfermeiros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**ABREU**, Wilson (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais as estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra-Portugal.

**ACENF** - ASSOCIAÇÃO CABO-VERDIANA DE ENFERMAGEM  
<http://www.inforpress.publ.cv/sociedade-mlt/40988-associao-cabo-verdiana-de-enfermagem-quer-regulamentar-o-exercicio-da-profisso>. 2013-11-08, 15:57.

**ACENF** - ASSOCIAÇÃO CABO-VERDIANA DE ENFERMAGEM  
<http://www.inforpress.publ.cv/sociedade-mlt/41101-enfermeiros-pretendem-adoptar-a-classe-de-instrumento-juridico-que-regulamente-a-profisso>. 2013-11-08, 15:00.

**AMBROZANO**, R (2002). *Enfermagem: Formação Interdisciplinar do Enfermeiro*. São Paulo: Editorial Arte & Ciência.

**AZEVEDO R**, Ramos F, (2006). *Modos de conhecer e intervir: A constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital*. Trabalho apresentado no 3º Seminário Internacional de Filosofia e Saúde, Florianópolis. R. C, nº 33, Bl. B, Ap. 50178.048-298. Cuiabá, MT, Brasil.

**BACKES**, D S; **BACKES**, M.S; **SOUSA** F; **ERDMANN**, A (2008). *O papel do enfermeiro no contexto Hospitalar: A visão de profissionais de saúde*. Cience Cuid Saúde Jul/Set 7(3) 319-326. Brasil.

**BERMAN**, A. **SNYDER**, S. **KOZIER**, B. **ERB**,G. (2008). *Fundamentos de enfermería: Conceptos, proceso y práctica*. 8º Edição, volume1, Madrid: Pearson Educación.

**CABETE**, D.G. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Portugal. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

**CARMO**, H.; **FERREIRA** Manuela (1998). *Metodologia da Investigação: guia para a Autoaprendizagem*. Lisboa – Portugal: Editora Universidade Aberta.

**COLLIERE**, Marie-Françoise (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385p.



**COLLIÈRE**, Marie-Françoise (2003). *Cuidar a primeira arte da vida*, Loures-Portugal: Editora Lusociência Edições Técnicas e Científicas.

**COSTA, JS.** ( 2004). *Métodos de prestação de cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos. 234-51 Disponível em:

[www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf) 2013- 11-11, 20:30.

**ELKIN**, M. Keene; **PERRY**, A. Griffin; **POTTER**, Patrícia A (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição, Loures- Portugal: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

**FENTANES**, L.R.C.; **HERMANN**, A.P.; **CHAMMA**, R.C.; **LACERDA**, M.R. (2011). *Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa cogitar enfermagem*. jul/set; 16(3):530-5 Universidade Federal do Paraná, R. Cleto da Silva, 2596 - 81670-450 - Curitiba-PR-Brasil.

**FERREIRA**, M.F; **DUARTE**, M.J.; **LOPES**, A.R.; **CRUZ**, A.S.; et al. (2010). *Manual de Enfermagem*. Hospital Dr. Baptista de Sousa.

**FONSECA**, Cezar João Vicente (2006). *Tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no hospital*. Dissertação de Mestrado em comunicação em Saúde Universidade Aberta, Lisboa.

**FORTIN**, Marie-Fabienne (1999). *O processo de investigação: Da Concepção á Realização*. Loures -Portugal: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

**FORTIN**, M.F.; **CÔTE**, J.; **FILION**, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures –Portugal: Lusodidacta

**GOMES**, Germana M. N. (2010). *História de Enfermagem em Cabo Verde 1950-2009*. Mindelo- Cabo Verde: Editora Gráfica do Mindelo, Lda.

**GOMES**, A. M. T; **OLIVEIRA**, D. C. (2005). *Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem*. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(2):145-53.

**GRONDIN, Louise; LUSSIER, Rita; PHANEUF, Margot, RIOPELLE, Lise** (1900). *Planificação dos cuidados de enfermagem*. Lisboa-Portugal: Instituto PIAGET.

**HESBEEN, W.** (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Portugal: Editora Lusociência Técnicas e Científicas, Lda.

**HESBEEN, Walter** (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Portugal: Editora Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

**MARTINS, J. C.** (2002). *Princípios de desenvolvimento profissional: Enfermagem em Foco*, 11 (48), pp. 31-38.

**MATEUS, Mário D.M.L.** (1998). *Estudo Etnográfico de Pacientes com esquizofrenia e seus familiares em São Vicente - Cabo Verde*. Tese de Mestrado apresentado a Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina- Psiquiatria.

**MONIZ, José Manuel Nunes** (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa: práticas de cuidados como experienciam formativas*. Portugal: Editora Lusociência técnicas e Científicas, Lda.

**MONTEIRO, AI; SANTOS, ADB; MACEDO, IP; GURGEL, PKF;CAVALCANTE JMP** (2011). *a expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):426-31.

**NEEB, Kathy** (1997). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Portugal: Editora Editora Lusociência Técnicas e Científicas, Lda.

**NEVES, M<sup>a</sup> do Céu Patrão; PACHECO, Susana** (2005). *Perspectiva histórica da constituição da profissão, In: Para uma Ética da Enfermagem*, Edição Gráfica de Coimbra em Colaboração com o Centro de Estudos de Bioética/ Pólo dos Açores.

**NUNES, Lucília** (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. Comunicação apresentada no II Congresso Ordem dos enfermeiros. Portugal

**NIGHTINGALE F.** (2005). *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Portugal: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas.

**OLIVEIRA, A; ALESSI,N;** (2003). *O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades actuais*. Revista Latino-Americana de Enfermagem Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 no.3 Ribeirão Preto May/June 2003. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300011>

**PHANEUF, Margot** (2001). *Planificação de cuidados: um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra – Portugal: Quarteto Editora, Al Clouste Gulbenkian.

**POTTER, P.A.; PERRY, A.G.**(2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª edição, Portugal: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda.

**TOMEY, A; ALLIGOOD, M** (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures – Portugal: Editora Lusociência.

**VERBO** (2001). Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea - Verbo. Volume I, Portugal: Académia das Ciências de Lisboa Editorial.

**QUEIROZ, Ana A.**, (1999). *Empatia e Respeito*. 1ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora

**QUEIROZ, A.A.**,( s/d). *Prespectivas históricas da constituição da profissão: Construção do saber em enfermagem e o seu percurso identitário*.ICS 21-21

**QUEIROZ, A. A.**, (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra – Portugal: Editora Quarteto.

**QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT LucVan** (2008). *Manual de investigações em ciências sociais*. 5º Edição, Portugal: Editora Gradativa publicações.

**REPE**-Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros de Cabo Verde (2011). *Proposta para discussão Fórum Nacional de Enfermeiros de Cabo Verde*. 11 de Março de 2011

**RIBEIRO, Jorge M.S.** (2009). *Autonomia profissional dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

**RIBEIRO, J.** (2011). *Autonomia profissional do enfermeiro*. Revista de Enfermagem Referência. III Série – n.º5:27-36

**RIBEIRO, A; AMERICO, LA; SCHWALM MT, et al.** (2011). *Autonomia do Enfermeiro atuante na área hospitalar*. J Nurs Health, Brasil-Pelotas (RS) 2011 jan-mar; 1(2):248-254.  
[www.ufpel.edu.br/revistas](http://www.ufpel.edu.br/revistas)

**STANCATO, katia; GONÇALVES, Marcelle** (2012). *Autonomia do Enfermeiro: concepções dos profissionais técnicos em enfermagem*. Revista electrónica Acervo Saúde, 2012. Vol. 4(2), 281-307.

**SCHUTZENHOFER, Karen Kelly** (1987). *The measurement of Professional autonomy*. *Journal of Professional nursing*. Nº3, p.278-283.

**TURATO E.** (2005) *Metodos Qualitativos e Quantitativos na área de saúde:Direções Diferenças e seus Objectos de Pesquisa*. Rev Saúde Pública 2005;39 (3):507-14 [www.sfp.usp.br/rsp](http://www.sfp.usp.br/rsp). Laboratório de pesquisa clínico-qualitativa. Faculdade de ciências médicas. Universidade estatal de Campinas. Campinas,sp, Brasil.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>

**VEIGA, João** (2011). *Autonomia pessoal e Cuidado de Enfermagem: uma revisão da literatura empírica e teórica* – MSc, RN. Doutorando, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Volume 15- 1º semestre de 2011.

**VIEIRA, Henriques de Santa Rita** (1989). *História da Medicina em Cabo Verde*. Praia – Cabo Verde: Instituto Cabo-verdiano do Livro, Disco, estudos e ensaios.

**WATSON, Jean** (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura: Um novo paradigma da enfermagem*. Portugal: Editora Lusociência- Edições Técnicas e científicas, Lda.

## **ANEXOS**



Trabalho para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.  
TEMA: Autonomia dos enfermeiros na prestação de cuidados hospitalares:  
No Hospital Baptista de Sousa.

Somos estudantes do 4ºano de Enfermagem da Universidade do Mindelo, a desenvolver o nosso trabalho de conclusão do curso. Gostaríamos de conhecer os níveis e a forma como os enfermeiros percebem a autonomia profissional na prestação de cuidados. A participação é voluntária, o questionário é anónimo, portanto não escreva o seu nome no questionário. A confidencialidade e sua identidade estarão asseguradas. Solicitamos que responda com sinceridade às questões. Obrigado pela sua colaboração.

1. Idade \_\_\_\_\_ (anos)
2. Sexo : F ☐ M ☐
3. Habilitações académicas
  - a. Bacharelato ☐
  - b. Licenciatura ☐
  - c. Outro ☐ Indicar \_\_\_\_\_
4. Tempo efectivo de serviço \_\_\_\_\_ (anos)
5. Serviço em que trabalha \_\_\_\_\_
6. A enfermagem é :
  - a) Um ramo da medicina ☐
  - b) É uma área com grau inferior à medicina ☐
  - c) Uma área complementar à medicina ☐
7. Considera a enfermagem uma ciência?
  - a) Sim ☐
  - b) Não ☐
  - c) Talvez ☐

em relação à enfermagem de antigamente?

- a) Sim, muito ☐
  - b) Não, muito ☐
  - c) Talvez ☐
9. Considero-me um profissional autónomo independente e responsável.
  - a) Sim ☐
  - b) Não ☐
  - c) Talvez ☐
10. Considera que hoje em dia a enfermagem em São Vicente, é uma profissão autónoma?
  - a) Sim, muito. ☐
  - b) Não, nada. ☐
  - c) Sim, mas a autonomia é limitada. ☐
11. A autonomia, a beneficência, não-maleficência e a justiça são princípios orientadores para a execução da minha profissão.
  - a) Sim ☐
  - b) Não ☐
  - c) Talvez ☐
12. Na sua opinião a construção do saber científico na enfermagem contribui um elemento para a sua autonomia?
  - a) Sim ☐
  - b) Não ☐
  - c) Não Talvez ☐

## Anexo2. Nursing Activity Scale ®

The following items describe situations in which a nurse must take some action that requires the exercise of some degree of professional nursing judgment. You are asked to respond to each item according to how likely you would be to carry out the action in each item. Please respond to each item even if you have not encountered such a situation before. Use the following scale in responding to the items.

**1** = Very unlikely of me to act in this manner

**2** = Unlikely of me to act in this manner

**3** = Likely of me to act in this manner

**4** = Very likely of me to act in this manner

Circle the number after each situation that most accurately describes how you would act as a nurse. There are no right or wrong answers, just different ways of responding to a situation. Please do not add qualifying statements to the items to justify your answer. Answer the items as stated.

1.	Develop a career plan for myself and regularly review it for achievement of steps in the plan.	1	2	3	4	
2.	Consider entry into independent nursing practice with the appropriate education and experience.	1	2	3	4	
3.	Voice opposition to any medical order to discharge a patient without an opportunity for nursing follow-up if the teaching plan for the patient is not completed.	1	2	3	4	
4.	Initiate nursing research to investigate a recurrent clinical nursing problem	1	2	3	4	
5.	Refuse to administer a contraindicated drug despite the physician's insistence that the drug be given.	1	2	3	4	
6.	Consult with the patient's physician if the patient is not responding to the treatment plan	1	2	3	4	
7.	Depend upon the profession of nursing and not on physicians for the ultimate determination of what I do as a nurse.	1	2	3	4	
8.	Evaluate the hospitalized patient's need for home nursing care and determine the need for such a referral without waiting for a physician's order.	1	2	3	4	
9.	Propose changes in my job description to my supervisor in order to develop the position further.	1	2	3	4	

10.	Answer the patient's questions about a new medication or change in medication before administering drug, whether or not this has been done previously by the physician	1	2	3	4	
11.	Institute nursing rounds on the patient unit.	1	2	3	4	
12.	Withhold a medicine that is contraindicated for a patient despite pressure from nursing peers to carry out the medical order.	1	2	3	4	
13.	Consult with other nurses when a patient is not responding to the plan of nursing care.	1	2	3	4	
14.	Routinely implement innovations in patient care identified in the current nursing literature.	1	2	3	4	
15.	Initiate a request for a psychiatric consult with the patient's physician if my assessment of the patient indicated such a need.	1	2	3	4	
16.	Promote innovative nursing activities, like follow-up phone calls to recently discharged patients, to evaluate the effectiveness of patient teaching.	1	2	3	4	
17.	Assess the patient's level of understanding concerning a diagnostic procedure and its risks before consulting with the patient's physician if a patient has questions about the risks of the procedure.	1	2	3	4	
18.	Assume complete responsibility for my own professional actions without expecting to be protected by the physician or hospital in the case of a malpractice suit.	1	2	3	4	
19.	Develop effective communication channels in my employing institution for nurses' input regarding the policies that affect patient care.	1	2	3	4	
20.	Develop and refine assessment tools appropriate to my area of clinical practice.	1	2	3	4	
21.	Record in the chart the data from my physical assessment of the patient to use in planning and implementing nursing care.	1	2	3	4	
22.	Initiate discharge planning concerning the nursing care of the patient, even in the absence of discharge planning by the physician	1	2	3	4	
23.	Report a physician who harasses me to the appropriate manager or administrator.	1	2	3	4	
24.	Offer input to administrators concerning the design of a new nursing unit or the purchase of new equipment to be used by nurses.	1	2	3	4	



25.	Complete a psychosocial assessment on each patient and use this data in formulating nursing care.	1	2	3	4	
26.	Adapt assessment tools from other disciplines to use in my clinical practice	1	2	3	4	
27.	Carry out patient care procedures utilizing my professional judgment to meet the individual patient's needs even when this means deviating from the "cookbook" description in the hospital procedure manual.	1	2	3	4	
28.	Decline a temporary reassignment to a specialty unit when I lack the education and experience to carry out the demands of the assignment.	1	2	3	4	
29.	Initiate referrals to social service and dietary at the patient's request even in the absence of a physician's order.	1	2	3	4	
30.	Write nursing orders to increase the frequency of vital signs of a patient whose condition is deteriorating even in the absence of a medical order to increase the frequency of such monitoring.	1	2	3	4	
	TOTAL SCORE					

Code #\_\_\_\_\_

© 1992 by Karen Kelly Schutzenhofer, EdD, RN, CNAA

□ 2002 by Karen Kelly, EdD, RN, CNAA

### **Anexo 3. Tabela de pontuação do NAS**

#### **SCORING INSTRUCTIONS FOR THE NURSING ACTIVITY SCALE**

The table below gives the weight for each scale item. A weight of 1 indicates a low level of autonomy; a weight of 3 reflects a high level

Item	weight	Item	weight	Item	weight
1	3	11	3	21	2
2	3	12	3	22	1
3	3	13	2	23	2
4	3	14	1	24	2
5	3	15	1	25	1
6	3	16	2	26	1
7	2	17	1	27	2
8	1	18	3	28	3
9	1	19	2	29	1
10	2	20	2	30	1

Multiply the respondent's score on each item by the weight of the item. These scores can be recorded in the shaded boxes if you are scoring the NAS by hand. Total these adjusted scores. Scores can range from 60 to 240 with the following breakdown for approximate levels of autonomy:

60 to 120 = lower level of professional autonomy

121 to 180 = mid level of professional autonomy

181 to 240 = higher level of professional autonomy

Questions regarding scoring should be sent to:

Karen Kelly, EdD, RN, CNAA

305 Schwarz Meadow Court

O'Fallon, IL 62269-6707

Home: 618-624-3468 Work: 618-650-3908 Fax: 618-624-2116

e-mail: [kkellys@aol.com](mailto:kkellys@aol.com) or [kkelly@siue.edu](mailto:kkelly@siue.edu)

## Anexo 4. Escala de Actividade em Enfermagem – Traduzida em Português

Os seguintes itens descrevem situações que exigem a actuação da enfermeira que implica o exercício de um julgamento profissional de enfermagem. Pede-se que responda a cada item de acordo com a forma como actuará em relação a cada um. Por favor responda a cada item mesmo que não tenha enfrentado tal situação anteriormente.

Utilize a seguinte escala para responder a cada item.

**1= Muito improvável actuar desta forma**

**2= Improvável actuar desta forma**

**3= Provável actuar desta forma**

**4= Muito provável actuar desta forma**

Faça um círculo à volta do número que melhore a maneira como actuará como enfermeiro (a). Não há respostas certas ou erradas, apenas formas diferentes de responder a uma situação. Por favor não acrescente qualquer tipo de afirmação que justifique a sua resposta.

1.	Planeio uma carreira para mim próprio(a) e, regularmente, faço a sua revisão no sentido de atingir os objectivos traçados.	1	2	3	4	
2.	Considero desenvolver a minha prática de enfermagem de forma autónoma com os conhecimentos e experiências adequadas.	1	2	3	4	
3.	Expresso a minha discordância com uma indicação médica de dar alta a um doente sem apoio (seguimento) de enfermagem se o ensino ao doente não estiver completo.	1	2	3	4	
4.	Inicio uma pesquisa de enfermagem para investigar sobre um problema de enfermagem clínico recorrente.	1	2	3	4	
5.	Recuso-me a administrar uma medicação contra indicada apesar da insistência do médico para que esta seja administrada.	1	2	3	4	
6.	Aconselho-me com o médico do doente caso este não esteja a responder ao plano de tratamento.	1	2	3	4	
7.	Dependo da profissão de enfermagem e não dos médicos para a decisão final do que faço como enfermeiro.	1	2	3	4	
8.	Avalio as necessidades do doente hospitalizado sobre os cuidados de enfermagem a prestar no domicílio e determino da sua real necessidade sem esperar pela indicação do médico.	1	2	3	4	
9.	Proponho ao meu superior hierárquicas alterações nas minhas funções profissionais de modo a desenvolver novas competências.	1	2	3	4	

10.	Respondo às perguntas do doente sobre a nova medicação, ou alteração da mesma, antes de administrar o medicamento, quer isto tenha sido feito ou não pelo médico anteriormente.	1	2	3	4	
11.	Instituo a visita de enfermagem na unidade dos doentes.	1	2	3	4	
12.	Recuso administrar um medicamento que seja contra indicado ao doente apesar da insistência dos colegas enfermeiros para concretizar a ordem médica.	1	2	3	4	
13.	Consulto outros enfermeiros quando um doente não está a responder ao plano de cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	
14.	Habitualmente implemento as inovações nos cuidados ao doente identificados na literatura de enfermagem mais actualizada.	1	2	3	4	
15.	Inicio o pedido de consulta de psiquiatria com o médico do doente se a minha avaliação do doente indicar tal necessidade.	1	2	3	4	
16.	Promovo actividades de enfermagem inovadoras tais como chamadas telefónicas de acompanhamento a doentes a quem foi dado alta recentemente para avaliar a efectividade do ensino ao doente.	1	2	3	4	
17.	Avalio o nível de compreensão do doente referente ao procedimento diagnóstico e seus riscos antes de consultar o médico do doente caso este tenha dúvidas sobre os riscos do procedimento.	1	2	3	4	
18.	Assumo total responsabilidade dos meus actos profissionais sem esperar ser protegido(a) pelo médico ou hospital no caso de uma situação de má prática	1	2	3	4	
19.	Desenvolvo canais de comunicação eficientes na instituição empregadora para a entrada de enfermeiros (as) tendo em conta as normas que afectam os cuidados aos doentes.	1	2	3	4	
20.	Desenvolvo e aperfeiçoo instrumentos de avaliação apropriados à área da minha prática clínica.	1	2	3	4	
21.	Registo no quadro dos doentes a data da minha avaliação física do doente para usar na planificação e implementação de cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	
22.	Registo no quadro dos doentes a data da minha avaliação física do doente para usar na planificação e implementação de cuidados de enfermagem	1	2	3	4	
23.	Inicio o planeamento da alta do doente no que diz respeito aos cuidados de enfermagem do doente mesmo na ausência do plano de alta do médico	1	2	3	4	

24.	Comunico ao Diretor ou administrador um médico que me incomode.	1	2	3	4	
25.	Informo o administrador no que diz respeito ao projecto de uma nova unidade de enfermagem ou à compra de equipamentos para ser usado pelos enfermeiros (as).	1	2	3	4	
26.	Preencho a avaliação psicossocial de cada doente e uso esta informação na formulação dos cuidados de enfermagem	1	2	3	4	
27.	Realizo os cuidados ao doente, utilizando o meu juízo profissional para satisfazer as necessidades individuais do doente mesmo quando isso signifique afastar-me do instituído pelo manual de procedimentos do hospital.	1	2	3	4	
28.	Rejeito uma transferência temporária para uma unidade de especialidade quando não possuo formação e experiência para concretizar as exigências das novas funções.	1	2	3	4	
29.	Estabeleço contactos com os serviços sociais e dietéticos a pedido do doente, mesmo sem indicação médica.	1	2	3	4	
30.	Dou indicação para aumentar a frequência de avaliação dos sinais vitais de um doente cuja condição se está a deteriorar mesmo na ausência de indicação médica para aumentar a frequência desta monitorização.	1	2	3	4	
TOTAL SCORE						

Code # \_\_\_\_\_

© 1992 by Karen Kelly Schutzenhofer, EdD, RN, CNA

© 2002 by Karen Kelly, EdD, RN, CNA

**Anexo 5:** E-mail enviada a autora Karen Kely Schutzenhofer.

### **Request for permission in using the Nursing Activity Scale.**

Alaciny Brito ([alacinynavrathilova@hotmail.com](mailto:alacinynavrathilova@hotmail.com)) 25-07-2013

Para: [kkellys@aol.com](mailto:kkellys@aol.com)

Dear Madam, Karen Kelly

We, Alaciny Navrathilova da Luz Brito, born on October 2, 1990, and holder of the indentidy card 300777, and Nancy Fortes Chantre, born on October 19, 1990, and holder of the identity card 304421, both natural of Santo Antão Island – Cape Verde, and students of the 4th year of degree course Nursing at Mindelo University on São Vicente - Cape Verde, hereby very respectfully request your permission to incorporate the Nursing Activity Scale at the end of our final work of the course in order to be able to evaluate the autonomy levels of nurses in Dr. Baptista de Sousa Hospital in São Vicente. The thesis that we pretend to develop in our final work of the course is, “Autonomy in giving care: The autonomy levels of the nurses in Baptista de Sousa Hospital”.

For being a pilot experience, therefore for the first time a study about this theme is being done in Cape Verde, we are very enthusiastic.

We should be grateful if you would send us a reply through this way.

Thank for your quick and favorable reply in this matter, and in advance, please accept our sincere thanks and respectful greetings.

Yours faithfully

## **Request for permission in using the Nursing Activity Scale.**

Alaciny Brito ([alacinynavrathilova@hotmail.com](mailto:alacinynavrathilova@hotmail.com)) 25-07-2013

Para: ([kkelly@siue.edu](mailto:kkelly@siue.edu))

Dear Madam, Karen Kelly

We, Alaciny Navrathilova da Luz Brito, born on October 2, 1990, and holder of the indentidty card 300777, and Nancy Fortes Chantre, born on October 19, 1990, and holder of the identity card I1304421, both natural of Santo Antão Island – Cape Verde, and students of the 4th year of degree course Nursing at Mindelo University on São Vicente - Cape Verde, hereby very respectfully request your permission to incorporate the Nursing Activity Scale at the end of our final work of the course in order to be able to evaluate the autonomy levels of nurses in Dr. Baptista de Sousa Hospital in São Vicente. The thesis that we pretend to develop in our final work of the course is, “Autonomy in giving care: The autonomy levels of the nurses in Baptista de Sousa Hospital.”

For being a pilot experience, therefore for the first time a study about this theme is being done in Cape Verde, we are very enthusiastic.

We should be grateful if you would send us a reply through this way.

Thank for your quick and favorable reply in this matter, and in advance, please accept our sincere thanks and respectful greetings.

Yours faithfully

**Anexo 6: Fax enviado a autora Karen Kelly Schutzenhofer.**

Cabo Verde  
São Vicente  
Mindelo  
Contact: 9740209  
5917032  
August 13, 2013

From: Karen Kelly

**Subject: Request for permission in using the Nursing Activity Scale.**

We, Alaciny Navrathilova da Luz Brito, born on October 2, 1990, and holder of the identity card 300777, and Nancy Fortes Chantre, born on October 19, 1990, and holder of the identity card 11304421, both natural of Santo Antão Island – Cape Verde, and students of the 4th year of Bachelor Nursing at Mindelo University on São Vicente - Cape Verde, hereby very respectfully request your permission to incorporate the Nursing Activity Scale at the end of our final work of the course in order to be able to evaluate the autonomy levels of nurses in Dr. Baptista de Sousa Hospital in São Vicente. The thesis that we pretend to develop in our final work of the course is, "Autonomy in giving care: The autonomy levels of the nurses in Baptista de Sousa Hospital."

For being a pilot experience, therefore for the first time a study about this theme is being done in Cape Verde, we are very enthusiastic.

We should be grateful if you would send us a reply through this way.

Thank for your quick and favorable reply in this matter, and in advance, please accept our sincere thanks and respectful greetings.

Yours faithfully

Alaciny Navrathilova Brito / Nancy Miriane Chantre

**ERROR TX REPORT**

NAME : C.V. TELECOM LOJA MINDELO  
TEL : 2321917  
DATE : 13/08 2013 11:34

JOB NO.	TYPE	NO.	DESTINATION TEL/ID	DATE	TIME	PAGE	TIME USE	MODE	RESULT
3944	TX	001	0016186242116	13/08	11:34	000	00'00	63	STOP
00A0:TX CANCEL									



**Anexo 7:** Autorização concedida pelo autor Jorge Ribeiro para a aplicação da NAS.

## **Pedido de Autorização para a utilização da Escala de Actividade em Enfermagem**

Jorge Ribeiro ([Jorgeribsily@iol.pt](mailto:Jorgeribsily@iol.pt)) 18-10-2013

Para: Alaciny Brito ([britalaciny@hotmail.com](mailto:britalaciny@hotmail.com))

Boa noite. Desculpem o atraso na resposta. Autorizo a utilização da escala que foi validada por mim mas, no entanto, tem também que pedir a autorização à autora para a utilização da escala. Apenas com a autorização dela poderão utilizar a escala. O contacto da autora é o seguinte:KKELLYS@aol.com . Bom trabalho. Se tiverem dúvidas não hesitem em contactar-me. Bom trabalho. Jorge Ribeiro.

Citando Alaciny Brito <[britalaciny@hotmail.com](mailto:britalaciny@hotmail.com)>:

**Exmo Sr. Jorge Ribeiro**

Eu, Alaciny Brito, nascida a 02/10/1990, de Nacionalidade Cabo-verdiana, portadora do BI número 300777, e Nancy Fortes, nascida á 19/10/1990, portadora do BI número 304421, também de Nacionalidade Cabo-verdiana.

Ambas somos estudantes do 4 ° ano Curso de Licenciatura em enfermagem da Universidade do Mindelo - Cabo Verde - São Vicente.

Pretendemos desenvolver o nosso trabalho de conclusão de curso, que tem como tema **Autonomia na prestação de cuidados hospitalares: no hospital Dr. Baptista de Sousa.**

Vimos por esta via, pedir a sua autorização de incorporar a Escala de Atividade em Enfermagem (Nursing Activity Scale da autora Karen Kelly) utilizada no teu trabalho de Mestrado, por forma a conseguir avaliar o nível de autonomia dos enfermeiros do Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Agradecendo desde já e sem mais de momento, aguardamos uma resposta favorável ao nosso pedido.

Os nossos melhores cumprimentos.

© 2013 Microsoft

**Anexo 8:** Pedido de Autorização ao Hospital Dr. Baptista de Sousa para efectuar o estudo.  
**Assunto: Pedido de autorização para inquerir os enfermeiros do Hospital Doutor Baptista de Sousa**

Alaciny Navrathilova da Luz Brito, natural de Santo Antão, nascida á 02/10/1990, portadora do BI nº 300777, e Nancy Miriane Fortes Chantre, natural da ilha Santo Antão, nascida á 19/10/1990, portador do B.I 304421, ambas residentes nesta Cidade do Mindelo, serve da presente, conforme assunto em epígrafe, para solicitar V. Excia que se digne a **nos autorizar a recolher informações na instituição que a V. Excia dirige, através da técnica de recolha de dados, por questionário de perguntas fechadas, esse questionário será acompanhada da escala de actividade de enfermagem, NAS (Nursing Activity Scale) em anexo, da autora Karen Kelly Schutzenhofer (1987), escala essa que foi utilizada pela autora, para medir o nível de autonomia dos enfermeiros na prestação de cuidados**, que servirá para elaboração da fase empírica do nosso trabalho de conclusão do curso, cujo tema é: *A Autonomia dos Enfermeiros na prestação de cuidados hospitalares: A percepção dos enfermeiros do Hospital Dr. Batista de Sousa.*

Refira-se que somos alunas, estudantes do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade do Mindelo, de modo que, para prosseguimento com o nosso trabalho de conclusão de curso, este apoio o qual rego que V. Excia cederá, será muito importante para atingir a meta proposta, que visa finalizar a nossa graduação.

Assim Comprometemos desde já respeitar as normas, rotinas e cultura organizacional estabelecidas na mesma, adotando uma postura de respeito e de colaboração.

Sem mais de momento e na expectativa de atenção favorável dispensada por V. Excia, endereçamos os nossos apreços e respeitosos cumprimentos.

Mindelo, aos 12 dias do mês de Agosto do ano 2013

**As Requerentes,**

**/Alaciny Brito/** \_\_\_\_\_

**/Nancy Chantre/** \_\_\_\_\_

**Anexo 9: Declaração de Matricula entregue ao HBS.**



**UNIVERSIDADE DO MINDELO**

*Segunda-Feira, 2 de Setembro de 2013*



**10 ANOS DE EMPENHO E DEDICAÇÃO**

**DECLARAÇÃO**

----- ALBERTINO EMANUEL LOPES DA GRAÇA, Reitor da UNIVERSIDADE do MINDELO, declara para os devidos efeitos, que NANCY MIRIANE FORTES CHANTRE, nº 2045 e ALACINY NAVRATHILOVA DA LUZ BRITO, nº 2049, estiveram matriculadas no 4º ANO DO CURSO DE LICENCIATURA em ENFERMAGEM desta Universidade, com referência ao ano lectivo 2012/2013. -----

Esta declaração destina-se a um pedido de autorização para a aplicação de um **INQUÉRITO DE PERGUNTAS FECHADAS** aos Enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa. -----

----- Por ser verdade e a pedido das interessadas mandámos passar a presente Declaração que segue datada, assinada e autenticada com o selo branco, em uso neste Organismo. -----


Mindelo, 05 de Setembro de 2013

O Reitor

/Albertino Emanuel Lopes da Graça/

DF/0214/13

**Anexo 10: Autorização do conselho de ética do HBS para a aplicação do estudo.**

 *Comissão de Ética 13/08/13*  
*plon devida of. ta. 14/08/13*  
Exmo Sr. (a) Director (a) do Hospital Dr. Baptista de Sousa

*Aut. 12/09/13*  
Assunto: Pedido de autorização para inquerir os enfermeiros do Hospital Doutor Baptista de Sousa

Alaciny Navrathilova da Luz Brito, natural de Santo Antão, nascida á 02/10/1990, portadora do BI nº 300777, e Nancy Miriane Fortes Chantre, natural da ilha Santo Antão, nascida á 19/10/1990, portador do B.I 304421, ambas residentes nesta Cidade do Mindelo, serve da presente, conforme assunto em epígrafe, para solicitar V. Excia que se digne a nos autorizar a recolher informações na instituição que a V. Excia dirige.

Essa recolha de dados irá ser elaborada através questionário de perguntas fechadas, acompanhada da escala de actividade de enfermagem, NAS (Nursing Activity Scale) em anexo, da autora Karen Schutzenhofer (1987), escala essa que foi utilizada pela autora, para medir o nível de autonomia dos enfermeiros na prestação de cuidados, que servirá para elaboração da fase empírica do nosso trabalho de conclusão do curso, cujo tema é: *A Autonomia dos Enfermeiros na prestação de cuidados hospitalares: No Hospital Dr. Batista de Sousa.*

Refira-se que somos alunas, estudantes do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade do Mindelo, de modo que, para prosseguimento com o nosso trabalho de conclusão de curso, este apoio o qual rego que V. Excia cederá, será muito importante para atingir a meta proposta, que visa finalizar a nossa graduação.

Assim Comprometemos desde já respeitar as normas, rotinas e cultura organizacional estabelecidas na mesma, adotando uma postura de respeito e de colaboração.

Sem mais de momento e na expectativa de atenção favorável dispensada por V. Excia, endereçamos os nossos apreços e respeitosos cumprimentos.

Mindelo, aos 12 dias do mês de Agosto do ano 2013

As Requerentes,  
Alaciny Brito / Nancy Chantre *Alaciny Brito / Nancy Chantre*

Contacto Móvel: 9740209 / 5917032  
Correioelectrónico: [alacinynavrathilova@hotmail.com](mailto:alacinynavrathilova@hotmail.com) / [Nancy.Chantre@hotmail.com](mailto:Nancy.Chantre@hotmail.com)

*898 13.08.13*  
*Q/Netis*

SE TOMÓ RAZÓN A FOJAS 241  
Cochabamba, 31 de Mayo de 2013  
*[Firma]*  
F. S. S. S. S.

SE LEGALIZA LA FIRMA  
NO EL CONTENIDO  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
V.E.S.F.P.



El Ministerio de Educación, certifica que la firma y rúbrica que aparece en el documento académico/resumen, corresponde a:  
*D. Lucio Gonzales Castagnola*  
Rector - U.M.S.S.  
La Paz, 4 de Junio de 2013 VESFP

*[Firma]*  
\*\*\*\*\*  
Lic. Martín Licitto  
EFE al DE LA UNIDAD DE TÍTULOS PROFESIONALES  
Viceministerio de Educación Superior  
de Formación Profesional  
\* MINISTERIO DE EDUCACIÓN \*

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES  
MINISTERIO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL Y CONSULAR  
COORDINACIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y LEGALIZACIONES  
CERTIFICA que la firma de:  
MARTÍN LICITO

guarda similitud con la que cursa en nuestro registro  
LEGALIZA LA FIRMA NO ASI EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO  
tabambr 05 JUN 2013

*[Firma]*  
Juan Carlos Viquez Mercado  
DIRECTOR REGIONAL COCHABAMBA  
MINISTERIO DE RELACIONES  
EXTERIORES

**Anexo 11:** Pedido de consentimento informado aos enfermeiros do HBS.

Somos estudantes do 4ºano de Enfermagem da Universidade do Mindelo, a desenvolver o nosso trabalho de conclusão do curso. Gostaríamos de conhecer os níveis e a forma como os enfermeiros percebem a autonomia profissional na prestação de cuidados hospitalares em São Vicente. A participação é voluntária, o questionário é anónimo, portanto não escreva o seu nome no questionário. A confidencialidade e sua identidade estarão asseguradas. Solicitamos que responda com sinceridade às questões.

Obrigado pela sua colaboração.